3,95$

enjeux

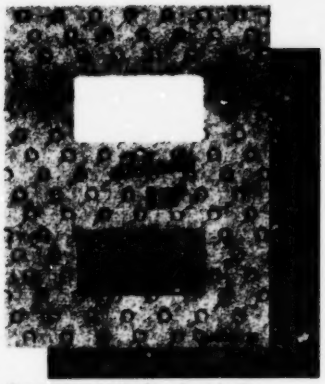
Les publications du Québec

Quand la technologie transforme la maternité

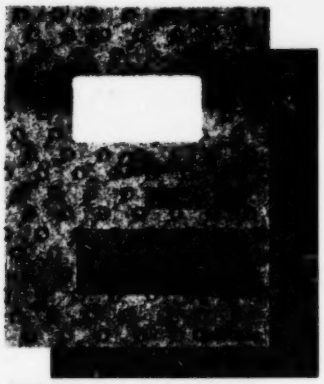
L'infertilité: vouloir... mais ne pas pouvoir ● L'insémination artificielle, plus complexe qu'elle n'en a l'air ● Fécondation in vitro: l'éprouvette prend le relais ● Mère porteuse, le temps d'une grossesse ● Le diagnostic prénatal: dis-moi ce que tu es, je te dirai ce que tu deviendras ● Les enjeux des nouvelles technologies de la reproduction: à surveiller de très près

Québec

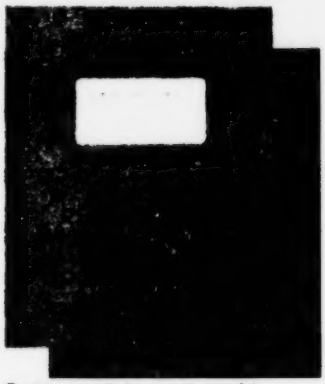
Portrait de famille



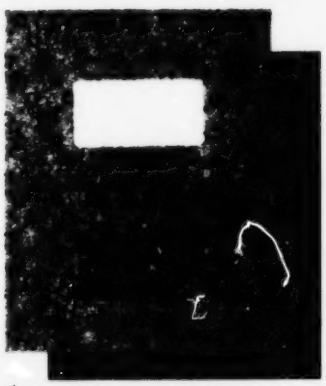
Questions soulevées dans la littérature générale de Fernande Rousseau et Pierre R. Desrosiers



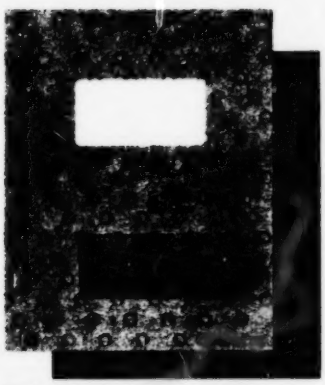
Analyses et questionnements féministes de Lise Dunnigan et Louise Barnard



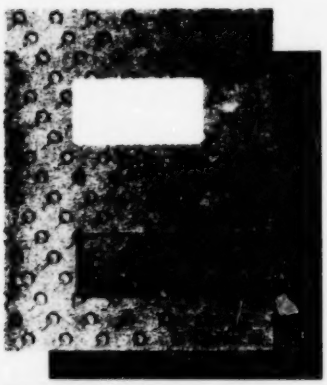
Pratiques cliniques et expérimentales au Québec de André Jean



Etude des principales législations et recommandations de Marie Choquette



Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité de Céline Perron



Les enfants que je veux... si je peux... de Françoise-Romaine Ouellette

750 pages, six documents, un seul sujet abordé sous différents aspects: les nouvelles technologies de la reproduction. *Enjeux* est une synthèse de ces travaux de recherche du Conseil du statut de la femme. Pour en savoir encore plus que ce que vous êtes en train de lire, vous pouvez consulter ces documents au Centre de documentation du CSF ou dans chacun des bureaux régionaux de Consult-Action.

Enjeux
est une publication conjointe du Conseil du statut de la femme et Les Publications du Québec

Rédaction:
Francine Gagnon, CSF

Conception graphique:
Louise Bernatchez, CSF

Les textes d'*Enjeux* peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source. Les documents visuels sont la propriété de leur auteur-e, d'Alpha-Diffusion et du ministère des Communications du Québec. Ils ne peuvent être reproduits sans autorisation.

Dépôt légal: 1er trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN: 2-551-08629-1
© Gouvernement du Québec

Sommaire

La maternité en miettes 4

L'infertilité 7

Vouloir, mais ne pas pouvoir • Quand le rêve ne devient pas réalité • L'infertilité involontaire, celle qu'on accepte mal • Savoir pourquoi • Le traitement: sur fond de confiance et d'espoir • «On ne nous appelle pas patientes pour rien» • Ce qui se fait au Québec 8

Les nouvelles technologies de la reproduction 13

L'insémination artificielle, plus complexe qu'elle n'en a l'air • Quand l'infertilité dépend de lui • Pour? Contre? Oui, mais..... Lucie est-elle l'enfant de Robert? • L'accès à l'I.A.D., une affaire de couple • Un point d'interrogation dans l'arbre généalogique • Les banques de sperme: «un détour par le froid» • L'insémination artificielle au Québec 14

Fécondation in vitro: l'éprouvette prend le relais • La conception assistée • De l'une à l'autre technique • Quelque part, dans une banque, un embryon attend • Une chance et des risques de plus • La fécondation in vitro au Québec 16

Mère porteuse: le temps d'une grossesse • La troisième personne • La maternité commercialisée • Signer pour devenir père et mères • L'attachement non prévu au contrat • Ce qu'on en pense dans le monde 20

La planification quantitative des naissances 22

Les manipulations génétiques: à la fois utiles et inquiétantes • Les gènes livrent leur secret • Des enfants à la carte 23

Le diagnostic prénatal: dis-moi ce que tu es, je te dirais ce que tu deviendras • Le fœtus analysé • Condamné à naître parfait • Un garçon... une fille? • A son tour, le fœtus devient patient • La pratique du diagnostic prénatal au Québec 25

Droit de regard des femmes 29

La réponse de la médecine • La reproduction sous contrôle • Le pouvoir médical, une limite à la liberté de choix • Prévention: ce que la médecine omet de faire 30

Le point de vue de celles qui s'y soumettent • Entre la confiance et la critique • Le contact qui ne se fait pas • Laisser ses émotions au vestiaire 32

Les pouvoirs à l'œuvre • Les intérêts économiques: une nouvelle industrie de la santé • Les intérêts politiques: les NTR au service des gouvernements 35

Les enjeux des NTR: à surveiller de très près 37

D'autres voies à explorer 38

La maternité en miettes

Francine C. McKenzie, présidente du Conseil du statut de la femme

Il est né le scientifique enfant et les médias ont chanté son avènement. Fruit de la technique, il a boudé l'artisanat du rapport sexuel, cautionné la logique du désir et devancé l'éthique et le juridique. Il ouvre une page inédite dans l'histoire de l'humanité: désormais l'humain peut agir sur sa propre origine, délibérément brouiller son identité et se modifier en tant qu'humain. La puissance est là. Pour la sagesse, il est minuit moins cinq.

Quand on interroge la science, elle répond par la performance; quand on interroge la technique, elle réplique qu'elle ne fait que répondre aux besoins. Besoin devenu désir, désir devenu obsession: il nous faut un enfant **à tout prix**, il nous faut un enfant **tout de suite**, il nous faut un enfant **parfait**. Et nous jurons de faire en sorte qu'il échappe à tout traumatisme.

D'où vient qu'on ne tolère plus l'infertilité? De notre dénatalité? Raréfié, l'enfant serait à ce point précieux qu'on y aurait droit. La technique aurait alors le devoir de faire en sorte qu'il arrive. De notre productivisme? La hantise de produire ne saurait être privée du fait de se reproduire. J'ai un enfant, donc j'existe. De notre conformité au modèle répandu du tandem (j'ai deux enfants, donc je suis dans la norme)?

Comment expliquer qu'actuellement **seuls 5 % des couples sont stériles alors que 20 % consultent des spécialistes de la stérilité?**[1] Que le tiers des femmes interrogées dans le cadre de notre recherche sur les femmes inscrites à la FIV avaient **déjà** un enfant?

Comment ne pas remettre en question que, pour être acceptée à la FIV, il suffise de ne pas avoir conçu après un an seulement de rapports sexuels? Et même moins si la femme est en mesure de produire des courbes de température. La crainte de tomber enceintes quand elles étaient jeunes et l'insistance mise sur la contraception ont amené les femmes à croire qu'il est très facile de concevoir un enfant[2].

La technique répond-elle au drame du couple ou à son impatience? La période de douze mois est bien trop courte. Qu'on laisse à la nature le temps de faire les choses. Que l'on intervienne plutôt là où la nature est en train de se détériorer: chez les jeunes menacés par l'épidémie des MTS et qui sont en train de perdre leur capacité de se reproduire. Sans cela, le Québec deviendra une société-laboratoire pour la procréatique. Quoiqu'il en soit, il importe de retenir que les pratiques de reproduction médicalement assistées **ne sont pas curatives mais palliatives. L'on ne traite pas l'infertilité.** On la contourne, en **faisant** la conception autrement.

Et que l'on dise la vérité aux femmes qui décident de passer par les fourches caudines de la FIV, la vérité sur les risques encourus et sur les chances réelles de succès de cette éprouvante technique. Dans un article rigoureusement démystifiant paru dans *Les Temps Modernes*[3], sous le titre «Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué», Joachim Marcus-Steiff soulève la question de l'éthique en matière d'information sur ces techniques. Il y décrit six méthodes pour gonfler le taux de succès de la FIV et douze façons différentes de le calculer. De sorte que les chances de mettre au monde un enfant vivant ne seraient pas de 20 % comme l'avancent des praticiens, non plus de 10 à 15 % comme il a souvent été écrit (ce chiffre ne constitue pas une moyenne mais la performance des meilleures cliniques), mais elles se situeraient

plutôt autour de 5 %! Il est permis de croire, selon divers auteurs, que les couples dits infertiles qui s'en remettent à la sexualité auraient les mêmes chances d'avoir un enfant que ceux qui s'inscrivent à la FIV, rapporte encore Marcus-Steiff.

Quant aux risques inhérents à la FIV, il nous suffira de rappeler que le taux de grossesses extra-utérines y est plus élevé qu'en cas de grossesse naturelle; qu'à cause de la réimplantation de plusieurs embryons dans l'utérus, le taux de grossesses multiples y est de 12 à 30 % contre 10 % pour la fécondité naturelle; que 27 % des accouchements sont prématurés; que 33 % des enfants naissent hypotrophiques; que la mortalité périnatale est plus importante que normalement; que les présentations de siège sont quinze fois plus élevées que la normale et qu'un enfant sur deux conçu in vitro naît par césarienne[4]. À cela faut-il encore ajouter les effets secondaires des médicaments et des hormones utilisés pour la stimulation hormonale, les risques encourus lors du prélèvement d'ovocytes, les dangers de l'anesthésie générale lors de la réimplantation des embryons; enfin, la patience fortement éprouvée des femmes et les difficultés pour le couple concerné.

La performance n'est pas toujours celle de Karpov aux échecs du bébé-éprouvette. Point n'est besoin d'invoquer l'horreur qui, en la matière, voisine avec le merveilleux, pour baisser le pavillon du triomphalisme scientifique.

À l'horizon se profilent de noirs nuages: sexage, eugénisme, manipulation des gènes, fécondation de l'ovule par l'ovule, autocréation féminine, clonage, création artificielle de jumeaux, banque de tissus de rechange, hommes enceints, gestation humaine chez l'animal, création de chimère homme-animal[5] et application sans scrupule des réussites vétérinaires à la reproduction humaine, comme l'a si bien démontré Jacques Dufresne dans *La reproduction humaine industrialisée*.

Déjà, le garçon sur commande existe: le 9 août 1986, le *Daily Express* de Londres nous a présenté Justin Spencer. Selon le médecin londonien Jack Glatt, les demandes pour des garçons affluent à sa clinique. Qui plus est, le sexage pourrait survenir indépendamment de la fécondation artificielle: «I am absolutely certain that sex choice will soon be widely available in this country and that it will not be restricted to couples having test-tube babies!»

Le diagnostic prénatal permet aussi le sexage. Récemment, une Danoise a demandé l'avortement en apprenant qu'elle portait une fille. Étant donné qu'au Danemark l'avortement sur demande est possible jusqu'à la douzième semaine, il sera dorénavant interdit aux médecins de révéler aux parents le sexe du foetus de douze semaines et moins.

Il y a donc des moyens de freiner le passage du bébé fabriqué au bébé préfabriqué et de jeter du sable, comme le Conseil du statut de la femme essaie de le faire depuis deux ans, dans la médecine du désir et la machine emballée du progrès.

En quoi cela vous concerne-t-il, nous demandait non sans audace un praticien de la FIV. En ce que cela touche la maternité et l'enfant, docteur. Nous croyons que le recours à la technique peut être circonspect. Que la notion de limite peut sauvegarder le sens inhérent au fait d'être humain. D'où la perspective humaniste qui nous a guidées dans nos travaux. Non pas la nostalgie qui refuse le progrès (d'ailleurs les femmes n'hésitent pas à utiliser la technique pour la contraception et l'avortement), mais la possibilité de choisir, donc aussi de refuser la technologie du possible et de miser plutôt sur ce qui peut, en matière de reproduction, nous réconcilier un peu avec la nature. Certes, aussi, dans une perspective féministe que la première — l'humaniste — vient baliser, de façon à échapper à la double polarisation qui a marqué l'histoire récente du féminisme à l'égard de la maternité: la maternité glorifiée d'une part, son rejet d'autre part.

Le débat sur l'avortement ainsi que la planification des naissances devenue obsessive chez certaines[6] ont probablement eu pour effet de laisser croire que les femmes refusaient la maternité.

Comme l'écrivait Hubert Doucet[7]: «à la sexualité sans reproduction, la technique répond maintenant par la reproduction sans la sexualité».

De la même façon, au choix méticuleux du moment le plus propice pour accueillir un enfant, la médecine répond par des accouchements provoqués: de plus en plus de bébés naissent en semaine, à des heures «ouvrables»... Parier sur la nature concerne tout aussi bien les femmes et les couples que l'ordre médical. À ce dernier nous demandons d'agir sur un autre registre que celui qui a toujours eu pour effet de renforcer le rapport de domination clinicien-patiente; et, avec nous, d'enfoncer un coin dans la logique du désir.

Cela concerne aussi les enfants en passe de devenir des produits. D'où, d'ailleurs, la cruciale question de l'anonymat. Elle est tout entière dans l'insémination artificielle avec donneur de même que dans la pratique largement répandue aux États-Unis, par exemple, de la «combined artificial insemination» en vertu de laquelle on mélange avec le sperme du donneur un peu de semence du père pour créer le doute. Cela, après avoir soigneusement choisi le sperme d'un homme ressemblant au futur père social et aussi après avoir fait promettre aux parents de cacher la vérité à l'enfant. Quel est donc ce mensonge délibéré, orchestré et planifié dont l'enjeu n'est nul autre que celui de l'identité d'un être? Aurait-on oublié que la perte d'identité peut confiner à la folie et qu'un enfant qui aurait à démasquer pareil mensonge pourrait être brisé pour la vie?

«La levée de l'anonymat, c'est une bombe», nous disait récemment un magistrat français. Nous nous en doutions. Seule la Suède a eu le courage de légiférer en ce sens par l'adoption d'une loi sur l'insémination artificielle. Le CSF souhaiterait que le gouvernement du Québec en fasse autant.

Ce serait la fin des donneurs? Selon madame Gradin, ministre suédoise de l'Immigration et des Droits de la femme, les banques de sperme ne manquent pas de liquidité en Suède. La nouvelle loi a entraîné une baisse d'environ 30 %. Les donneurs ne sont plus les mêmes et ceux qui donnent de leur semence savent qu'ils pourraient être un jour identifiés sans toutefois que leur incombe une obligation juridique de paternité.

Voilà la voie que nous devrions choisir ici au Québec: reconnaître à tout enfant techniquement conçu ou sujet à des adoptions futures un droit inaliénable de savoir qui est son père ou sa mère biologique et s'assurer que l'État conserve dans un registre les données nécessaires à l'exercice de ce droit. Une telle disposition mettrait fin à l'utilisation du sperme non identifié, dont celui made in USA. Elle s'appliquerait aux adoptions futures, à l'IAD, à la FIV, à la congélation des embryons et à la maternité de substitution.

Quant au danger de consanguinité, si l'on veut éviter le scénario du Dr Skroda[4], il faudra statuer sur le nombre de doses maximales permises et veiller à le restreindre.

Statuer aussi sur le sort des embryons congelés de même que sur les banques de matériel génétique, d'embryons et les agences de mères porteuses de façon à exclure toute forme de mercantilisme relative à la procréation assistée.

Quant aux mères porteuses, dont la complexe problématique a largement été épinglée par les médias, nous serions plutôt de l'avis de la juriste Catherine Labrusse-Riou pour qui ce serait forcer les moeurs que de refondre la loi commune pour quelques cas de détresse. Légiférer en la matière violerait le principe fondamental voulant que «la personne humaine n'est objet ni de contrat, ni de propriété, ni d'échange»[5].

Sachant que le droit doit compter sur l'éthique collective, il est urgent de tout mettre en oeuvre pour que cette éthique surgisse. Or, elle ne peut surgir que dans le débat et le débat doit être documenté.

Là est l'intention du CSF en diffusant *Enjeux*: alimenter le débat qu'il a déjà réussi à faire naître; faire de la notion de limite l'un des paramètres du développement des nouvelles technologies de la reproduction; remettre en cause l'inéluctabilité du «progrès», sauvegarder la maternité et nous préserver de ce qu'Élisabeth Badinter, dans une entrevue accordée à Radio-Québec, reconnaissait être «le plus grand déni de nature: l'homme enceint».

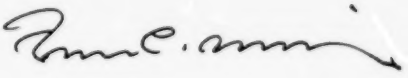
Pro-choix: oui. Mais à l'intérieur des limites de notre humanitude et d'une conscience sociale. Quelles seront donc ces limites alors que nous titubons dans une forêt de paradoxes où les contraires donnent le vertige et où l'éclatement des valeurs brouille tous les signes de piste:

- la surpopulation au sud vs la dénatalité au nord;
- l'humanisation des naissances à babord, la maternité en miettes à tribord;
- la stérilité volontaire et trop précoce et plus tard le repentir par le recours à la FIV;
- l'avortement au rez-de-chaussée, la fabrication d'enfant au premier;
- un intense mouvement de Retrouvailles qui chevauche l'anonymat délibéré des antécédents des enfants artificiellement conçus;
- des militants Pro-Vie et des embryons surnuméraires qui deviennent on ne sait quoi;
- d'un côté, la reconnaissance d'un père pour l'enfant naturel, de l'autre la création délibérée de familles monoparentales (les femmes seules qui recourent à l'IAD ou à la FIV);
- l'importante émancipation des femmes alors que pointe à l'horizon la possibilité de gynocide (via le sexage);
- d'impressionnantes chartes des droits de la personne alors que la biologie peut modifier l'humain et que l'abc de l'être humain, son identité, pourrait être gommée.

Et la lecture d'*Enjeux* vous aidera à allonger la liste.

Que perdrons-nous? Que gagnerons-nous à la loterie de la procréatique? À vous d'en juger. Chose certaine, nous ne pourrons pas faire l'économie du débat non plus que nous dérober derrière le pluralisme ambiant. La reproduction est une chose trop importante pour la laisser aux mains des seuls techniciens et nous n'aurons toujours que le comité d'éthique que nous méritons.

La présidente,



Francine C. McKenzie

---

1 C'est ce que se demande Bernard Fonty, gynécologue-obstétricien de Paris dans *Origines. D'où viens-tu? Qui es-tu?* Stock, 1985, p. 171. (Les cahiers du nouveau-né, no 7)

2 Article de l'A.F.P. dans *La Presse* du 17 octobre 1986.

3 *Les Temps modernes*, septembre 1986, no 482.

4 Idem, pp. 8 et 9.

5 *Le Monde*, 11 septembre 1986, «Le non du professeur Testart».

6 Dans le sens où en convient Betty Friedan dans son livre intitulé *Femmes: le second souffle*, Paris, Hachette, 1982, p. 318.

7 Dans un article de la revue *Fermières*, octobre 1985, vol. 11, no 5.

8 Personnage de Kundera (La valse aux adieux) qui inséminait toutes les femmes de sa ville avec sa propre semence...

9 *Des motifs d'espérer? La procréation artificielle*, p. 148.

L'infertilité

I

...rêvé d'accueillir un enfant.
...se réaliser comme femme,
...assurer la continuité,
ils souhaitent enrichir
leur relation de couple.
Le désir d'enfant est là,
profond, envahissant même,
mais difficile à combler.
Pour différentes raisons,
chez eux comme chez un nombre
croissant de couples,
le corps, l'esprit parfois
refusent de collaborer
à la réalisation de ce désir,
pour un temps ou pour toujours.
Infertilité?
Il faut s'en assurer,
savoir pourquoi, y remédier
et, pour cela,
s'engager dans une démarche,
tout autant personnelle
que médicale,
contraignante, exigeante,
...qui peut-être
permettra de retrou...
...la fertilité.

Vouloir. . .
mais ne pas pouvoir

L'infertilité est mal vécue, mal perçue et encore mal connue; attribuable aux femmes plus qu'aux hommes, de moins en moins étrangère aux comportements sexuels et aux modes de vie, scrutée par une batterie de tests et traitée aux hormones, elle prend des allures d'obstacle à vaincre coûte que coûte.

Quand le rêve ne devient pas réalité

Elles sont trente-deux, dont l'âge varie entre 21 et 39 ans. La plupart sont mariées et occupent un emploi rémunéré. On les retrouve principalement dans les régions de Montréal et de Québec.

Amenées à préciser, au cours d'une recherche, les motifs qui animent leur désir d'un enfant, elles disent considérer la maternité comme une condition essentielle pour devenir femmes à part entière. De toutes les formes de réalisation personnelle, la maternité est perçue comme étant la plus gratifiante. «Avoir des enfants, précise l'une d'elles, c'est un peu comme une valorisation sociale.»

Pour plusieurs de ces femmes, le désir d'enfant est d'abord un désir de grossesse, l'expression même de leur féminité sur le plan physiologique. D'autres identifient comme une priorité personnelle la satisfaction du désir d'enfant de leur conjoint. Aussi,ce dernier n'aurait pas vraiment à presser sa femme de lui «donner» un enfant.

La demande est déjà inscrite dans la relation conjugale et les femmes y répondent d'autant plus facilement qu'elle est en parfaite cohérence avec leur propre désir.

Certaines voient dans la venue d'un enfant une façon d'enrichir le lien affectif avec le conjoint alors que d'autres veulent plutôt transformer le couple en famille.

L'enfant est une garantie de continuité, quelqu'un à qui on pourra transmettre ses valeurs, qui perpétuera le nom de sa mère, de son père, des deux à la fois. C'est aussi quelqu'un à aimer et de qui être aimée.

Ainsi exprimées par un nombre restreint de femmes, ces raisons de vouloir un enfant ne sont ni les seules, ni applicables sans nuance à l'ensemble des femmes. Sous d'autres cieux, en d'autres circonstances, des femmes, des couples moduleront différemment leur désir d'enfant.

Mais ce que ces Québécoises disent de leur motivation profonde rejoint sur bien des points l'analyse féministe du contexte social et culturel entourant la maternité: association profonde à l'idée de féminité; valeur conférée au corps féminin qui remplit ses fonctions sexuelles et reproductives; importance du lien génétique avec ses descendants. Quelques auteures constatent même que le désir d'avoir un enfant a pris un sens nouveau dans le contexte économique actuel. L'enfant serait de plus en plus considéré comme un bien de consommation dont on planifie l'acquisition et qu'on devrait pouvoir programmer selon les attentes des parents. Il constituerait un nouveau symbole de réussite, d'autant plus précieux que bien des couples n'en auront qu'un seul.

Vouloir. . .
mais ne pas pouvoir

À l'instar de centaines de Québécoises, ces trente-deux femmes veulent mais ne peuvent concevoir un premier enfant, un second même: cela est ressenti comme un échec personnel, une défaite. Plusieurs d'entre elles se perçoivent comme actives, volontaires et persévérantes, sachant mener à bien leurs projets, «passer à l'action»; elles vivent donc très mal le sentiment d'impuissance que provoque leur infertilité. D'autres, au contraire, comptent sur une grossesse pour pouvoir enfin «réussir» quelque chose.

L'infertilité, c'est l'échec face à son propre corps, c'est l'échec du désir d'enrichir la vie de couple, de la transformer en famille, d'assurer la continuité, de vivre la relation affective avec l'enfant.

C'est aussi la source d'un fort sentiment de culpabilité: d'avoir fait usage de méthodes contraceptives souvent identifiées comme causes de l'infertilité; d'en être arrivées là par peur de l'accouchement ou parce que, comme tout le monde l'affirme, elles y pensent trop ou, au contraire, ne sont pas assez déterminées; de causer la souffrance du partenaire, même si c'est lui qui est infertile.

C'est enfin ce qui les amène à entreprendre et à poursuivre une démarche en vue de retrouver leur fertilité. Au moment de la recherche effectuée auprès d'elles, ces femmes fréquentent toutes une clinique spécialisée où elles ont été suivies pendant des périodes variant de un mois à douze ans; treize d'entre elles l'ont été pendant quatre ans ou plus. «Aller en clinique de fertilité, ce n'est pas l'idéal, mais attendre sans aide, ce n'est pas l'idéal non plus», dira l'une d'elles. ■

L'infertilité involontaire, celle qu'on accepte mal

Par ligature des trompes, par vasectomie, des femmes, des hommes se rendent volontairement infertiles.

Il y a par ailleurs des cas d'infertilité non voulue, telle que la stérilité. L'espoir se bute alors à une porte définitivement fermée. La femme ou l'homme ne possède pas de cellules reproductives et se retrouve donc dans l'impossibilité de concevoir par ses propres moyens.

Dans les autres cas d'infertilité non voulue, une lueur d'espoir persiste: un

couple dont l'un des partenaires est infertile pourra concevoir si la cause de son inhabilité est identifiée et traitée.

Les médecins parlent d'infertilité quand aucune grossesse ne résulte de rapports sexuels sans contraception sur une période d'un an. C'est à partir de cette définition que certaines études estiment l'ampleur des problèmes de fertilité à environ 15 % des couples en âge de procréer.

Une telle définition, cependant, ne fait pas référence à la capacité de concevoir mais plutôt à un délai -normal- de conception. En Europe, ce délai est plus souvent établi à deux ans. En réalité, on estime à partir d'études démographiques que 20 % des couples qui cherchent à concevoir obtiennent une grossesse dans un délai supérieur à un an; cette probabilité est encore plus élevée si, antérieurement, la femme a eu recours aux anovulants*.

Les causes de l'infertilité sont nombreuses.

Marc Labbé, ministère des Communications

Il semble bien qu'une des responsabilités que certaines femmes infertiles estiment devoir assumer est celle de se soumettre à l'investigation et au traitement médical.

* ROCHON, Madeleine, *Stérilité et problèmes de fertilité*, Études de santé, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1986, 16 pages (texte non publié).

Chez la femme

C'est chez la femme que les facteurs d'infertilité se retrouvent en plus grande proportion (environ 60 %):

- facteurs ovulatoires: anovulations, troubles glandulaires (thyroïde, hypophyse, surrénales);
- facteurs tubaires: absence ou obstruction d'une ou des deux trompes qui est à l'origine de 30 à 40 % des cas d'infécondité. Les maladies transmises sexuellement sont particulièrement dommageables: la gonorrhée, la chlamydia provoquent des salpingites qui infectent les trompes. L'endométriose compte également parmi ces facteurs: il s'agit de la présence en dehors de l'utérus de la muqueuse qui en forme la paroi interne, l'endomètre;
- facteurs utérins: anomalies de l'utérus;
- facteurs cervicaux: inflammation du col de l'utérus, rejet des spermatozoïdes par la glaire cervicale (sécrétion produite par le col de l'utérus).

L'augmentation des maladies transmises sexuellement, l'utilisation antérieure de moyens contraceptifs, une première grossesse à un âge avancé expliquent souvent l'infertilité.

Chez l'homme

Quarante pour cent des cas d'infertilité seraient attribuables au partenaire masculin. Les causes en sont:

- maladies d'ordre génétique;
- l'ensemble des maladies testiculaires;
- troubles des glandes endocrines;
- la varicocèle : dilatation des veines du cordon spermatique qui perturbe la fabrication et la mobilité des spermatozoïdes;
- difficultés d'éjaculation ou impuissance, souvent causée par l'environnement ou les médicaments;
- éjaculation rétrograde: émission du sperme dans la vessie plutôt que vers l'extérieur;
- absence de canaux déférents ou obstruction par infection vénérienne. ■

Savoir pourquoi

Le couple qui se rend en consultation dans une clinique de fertilité doit se prêter à divers tests permettant d'identifier les facteurs biologiques qui l'empêchent de concevoir: c'est ce qu'on appelle la phase d'investigation. Il aura d'abord fourni au médecin tous les renseignements pertinents: antécédents, maladies, habitudes personnelles, milieu de travail, vie sexuelle.

Les tests varient en complexité selon qu'ils s'adressent à l'homme ou à la femme.

À l'homme, on demandera un échantillon de son sperme pour ensuite analyser en laboratoire le nombre, la mobilité et la qualité des spermatozoïdes.

La femme se soumettra à des tests plus nombreux et plus exigeants:

- la courbe de température: il s'agit de prendre sa température basale chaque matin et d'en tracer la courbe pour chaque cycle menstruel. Cette courbe servira à déterminer si le cycle est suffisamment long, si l'ovulation se déroule normalement et à quel moment elle se

produit: les relations sexuelles devront avoir lieu pendant ces journées propices à la fécondation. Élément de planification s'il en est, la courbe de température servira également à fixer les dates de rendez-vous en clinique pour certains tests qui doivent être faits à un moment précis du cycle;

- radiographie de l'utérus et des trompes afin de vérifier, après y avoir injecté un liquide colorant, si celui-ci circule bien dans les trompes, comme devraient normalement le faire l'ovule et les spermatozoïdes. Ce test, c'est l'hystérosalpingographie;
- insufflation d'air dans l'utérus (insufflation tubaire): à l'aide du stéthoscope, on vérifiera si l'air passe dans les trompes de Fallope, le contraire indiquant qu'elles sont obstruées;
- examen de la glaire cervicale quelques heures après une relation sexuelle complète (test post-coital): on y évaluera le taux de survie des spermatozoïdes, certaines femmes produisant des anticorps;
- prélèvement d'un fragment de l'endomètre (paroi interne de l'utérus) qu'on analyse ensuite pour vérifier si un oeuf fécondé a des chances de s'y implanter. C'est ce qu'on appelle la biopsie de l'endomètre;
- intervention médicale faite sous anesthésie générale, la laparoscopie permet, par l'introduction d'une sonde optique dans l'abdomen, de voir directement l'utérus, les trompes, les ovaires, d'en vérifier l'état et de diagnostiquer l'endométriose s'il y a lieu. ■

Le traitement: sur fond de confiance et d'espoir

Bon nombre de couples obtiennent une grossesse au cours de la période d'investigation, soit par simple hasard ou peut-être sous l'effet stimulant de certains examens. Chez les autres, s'ils n'ont pas abandonné en cours de route, le traitement est appliqué en fonction des causes d'infertilité de l'un ou de l'autre conjoint.

Pour les hommes, antibiotiques et chirurgie

Dans certains cas, les causes de l'infertilité masculine ne peuvent être identifiées, dans d'autres, aucun traitement médical ne peut être proposé. Les individus ainsi concernés font partie des 50 % d'hommes dont les chances de retrouver leur fertilité sont presque nulles dans l'état actuel des connaissances.

Aux autres, on prescrira des antibiotiques pour traiter une infection vénérienne ou on proposera une chirurgie pour corriger la varicocèle (le taux de réussite est de 50 %) ou remédier à l'obstruction des canaux déférents.

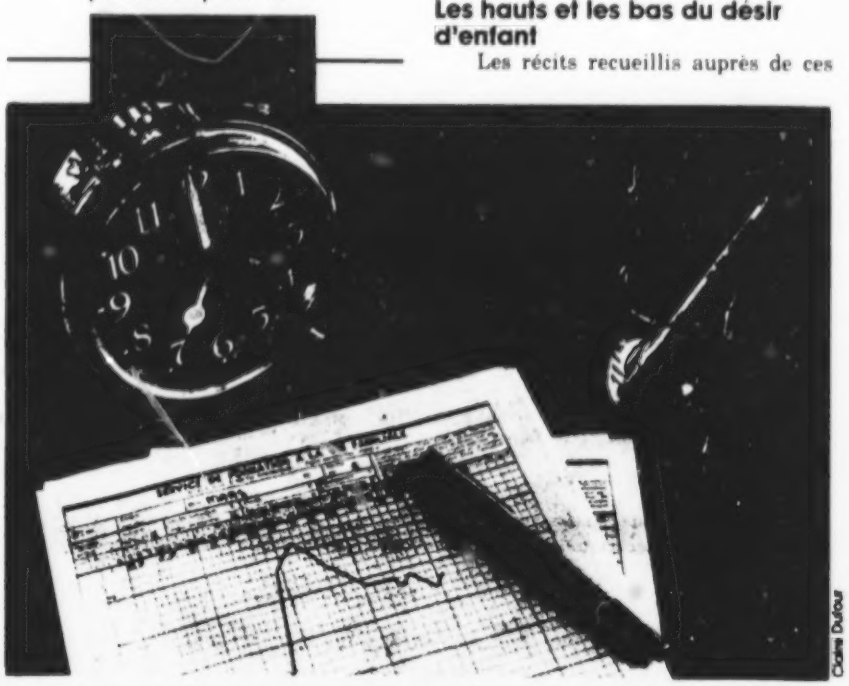
Pour les femmes, hormones et chirurgie

Les traitements hormonaux peuvent résoudre ou réduire certains facteurs d'infertilité, notamment l'anovulation et l'endométriose.

Les cinq modes de traitement hormonal visant à stimuler l'ovulation exigent un contrôle régulier. Le taux de reprise de l'ovulation est élevé et il y a possibilité de grossesse multiple.

Les interventions chirurgicales aux trompes de Fallope ont pour but d'en augmenter la perméabilité réduite par ligature, inflammation ou endométriose (le taux de réussite de ces interventions peut varier de 10 à 90 % selon les cas et selon les techniques utilisées). On aura également recours à la chirurgie pour corriger des malformations de l'utérus. ■

«On ne nous appelle pas patientes pour rien»



Thermomètre et courbe de température, témoins quotidiens du réveil en période d'investigation

Elle a subi en huit ans dix-sept biopsies de l'endomètre: elle parle donc en connaissance de cause de la douleur qui est associée à ce test (comme à l'insufflation tubaire, comme à la laparoscopie) et de l'infinie patience dont elle a dû faire preuve.

Toutes les femmes ne décrocheront pas un tel record, mais nombreuses sont celles qui devront subir certains tests plus d'une fois. C'est la demande une très grande disponibilité: «Je suis toujours chez le médecin» a indiqué l'une d'elles. Certaines, pour y arriver, troquent leur emploi à temps plein contre un emploi à temps partiel, d'autres remettent à leur employeur les heures passées en clinique, ne pouvant utiliser leur réserve de congés de maladie.

Vivre accrochée au thermomètre

Quand le thermomètre devient, pendant six mois, un an, deux ans, le témoin quotidien du réveil, on a vite envie de le balancer.

Quand les relations sexuelles sont commandées mais non désirées, on n'en retire plus vraiment de satisfaction. À la clinique, on saura qu'ils ont fait l'amour et à quelle heure, on se prononcera sur l'efficacité de cette relation sexuelle qui, du coup, s'en trouvera encore plus banalisée et dépouillée d'intimité.

Comme la prise de température, la motivation est à faire quotidiennement.

Les hauts et les bas du désir d'enfant

Les récits recueillis auprès de ces

trente-deux femmes montrent que le désir d'enfant est stable ou même plus intense au début de la période de tests, au début d'un traitement et tout au long d'un traitement de durée limité.

Par contre, à l'annonce d'un diagnostic, lors d'une phase routinière et prolongée d'examens ou de traitement, ou à la suite d'une intervention pénible, le désir d'enfant diminue ou est remis en question.

Qu'il augmente ou qu'il diminue, ce désir imprègne la vie quotidienne tout entière. Comment l'oublier avec ces nombreux rendez-vous, ces relations planifiées, ces nausées et maux de tête que provoquent les hormones, ce stress avant l'intervention, cette douleur après, ce moment de découragement que le conjoint ne comprend pas toujours et, malgré tout et surtout, cet espoir qui persiste.

Vie sociale et vie professionnelle différentes

Le problème d'infertilité modifie considérablement la vie sociale, admettent les femmes qui ont collaboré à la recherche du CSF.

Plusieurs sont portées à s'isoler. Certaines évitent de fréquenter les parents de jeunes enfants, des femmes enceintes, un beau-frère aux blagues cruelles, une belle-mère trop compatissante et bavarde.

D'autres, au contraire, cherchent à se rapprocher, qui d'une belle-famille, qui d'une soeur, qui d'autres mères dont l'aide est appréciée.

Bref, il ressort des entrevues que la crise de l'infertilité provoque une remise en question des relations sociales, que ce soit pour rompre avec ses amis, pour les conserver, pour s'en rapprocher ou pour s'en faire de nouveaux.

La vie professionnelle des femmes infertiles prend aussi des allures différentes: intérêt renouvelé pour une carrière qui pourrait devenir une solution de rechange à l'infertilité comme moyen de réalisation personnelle; abandon des études, démission, changement d'emploi, réorganisation du temps.

En situation d'infertilité, la vie, vraiment, n'est plus tout à fait la même. ■

Ce qui se fait au Québec

On dénombre au Québec onze cliniques d'infertilité (A), neuf cliniques de planification des naissances en milieu hospitalier (B) et vingt-six en CLSC (C) offrant des services en infertilité. Les ressources sont réparties comme suit selon les régions:

Bas-Saint-Laurent — Gaspésie

B- Centre hospitalier Saint-Joseph, Rimouski
Hôtel-Dieu, Gaspé
Centre de santé de l'Archipel, Îles-de-la-Madeleine

C- Centre local de services communautaires (CLSC) des Chaleurs, Paspébiac
CLSC de la Saline, Chandler
CLSC de Matane, Matane

Saguenay — Lac-Saint-Jean

A- Hôpital de Chicoutimi

C- CLSC Saguenay-Nord, Chicoutimi-Nord
CLSC des Prés-Bleus, Saint-Félicien
CLSC des Grands-Bois, Chapais

Québec

A- Centre hospitalier de l'Université Laval, Québec
Hôpital Saint-François-d'Assise, Québec

C- CLSC Saint-Marc, Saint-Marc-des-Carrières
CLSC Basse-Ville, Québec
CLSC des Frontières, quartier Saint-Éleuthère, Pohénégamook

Mauricie — Bois-Francs

B- Centre hospitalier Sainte-Marie, Trois-Rivières
Centre hospitalier régional de la Mauricie, Shawinigan

Estrie

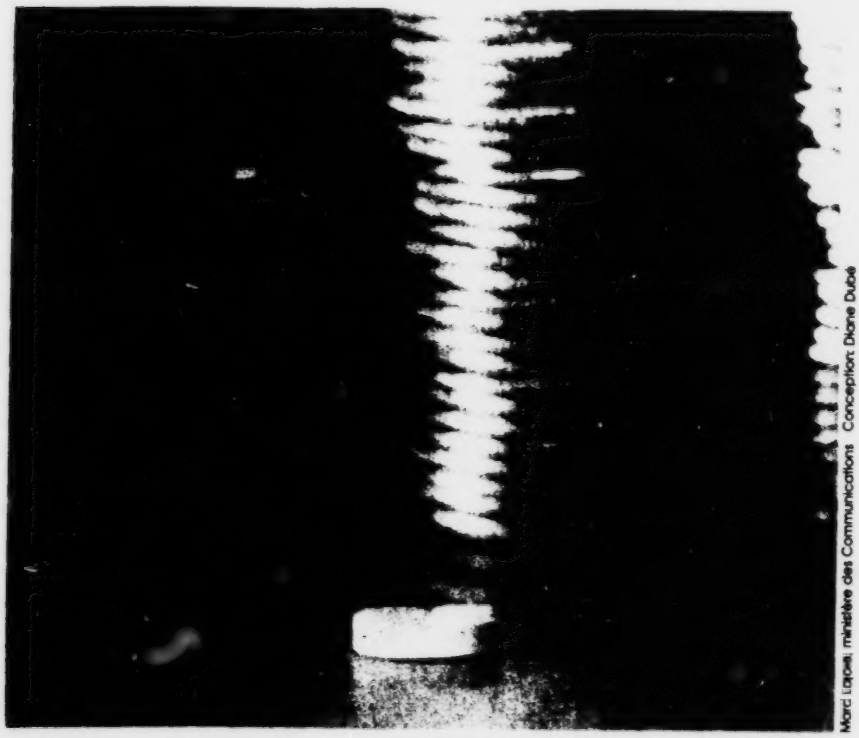
A- Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke

Montréal

A- Hôpital Saint-Luc, Montréal
Hôpital Sainte-Justine, Montréal
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal
Hôpital Royal Victoria, Montréal
Hôpital Sacré-Coeur, Montréal
Hôpital Notre-Dame, Montréal
Hôpital Reine-Élizabeth, Montréal

B- Hôpital général Lasalle, Montréal
Cité de la santé, Laval

C- CLSC Montréal-Nord, Montréal
CLSC Centre-ville, Montréal
CLSC du Marigot, Pont-Viau
CLSC Métro, Montréal
CLSC Pierrefonds, Pierrefonds
CLSC Sainte-Rose, Laval
CLSC Lamater, Terrebonne
CLSC Sainte-Thérèse, Sainte-Thérèse



Marc Lajoie, ministère des Communications Conception: Diane Dubé

Le coût des actes diagnostiques et des actes chirurgicaux reliés à l'infertilité sont assumés par la RAMQ, celui du traitement hormonal, fait sur prescription, est défrayé par la femme infertile.

CLSC Saint-Hubert, Saint-Hubert
CLSC Richelieu, Richelieu
CLSC Longueuil-Est, Longueuil

Outaouais

C- CLSC de Hull, Hull
CLSC des Draveurs, Pointe-Gatineau
CLSC Petite-Nation, Saint-André Avellin
CLSC Vallée de la Lièvre, Buckingham
CLSC La Désert, Maniwaki

Abitibi — Témiscamingue

B- Centre hospitalier Saint-Sauveur, Val d'Or
Centre hospitalier Rouyn-Noranda, Rouyn

Côte-Nord

B- Hôpital de Sept-Îles
C- CLSC Basse Côte-Nord, Blanc Sablon

Services offerts

Dans les cliniques d'infertilité, on dispose généralement du personnel et de l'équipement nécessaires pour tous les tests visant à identifier la cause de l'infertilité et pour tous les types de traitement.

Dans les cliniques de planification des naissances en milieu hospitalier, le couple infertile passe les examens de base et reçoit certains types de traitement: hormones, antibiothérapie ou insémination homologue (avec le sperme du conjoint). Si une chirurgie est nécessaire, on dirigera l'homme vers le département d'urologie et la femme vers le département de gynécologie-obstétrique.

Dans les CLSC, les services se limitent à de l'information et à un examen physique. La démarche se poursuivra en clinique d'infertilité.

Actes diagnostiques

En 1984, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) enregistrait plusieurs milliers d'actes diagnostiques qui peuvent être reliés à l'infertilité, soit:

— 5341 hystérosalpingographies[1]
— 12 144 laparoscopies[2]
— 9859 biopsies de l'endomètre[3]
— 6753 tests post-coïtaux[4]
— 2881 insufflations tubaires
— 5130 spermogrammes

Actes chirurgicaux

Au Québec, en 1983-1984, 890 hommes et 1807 femmes infertiles ont subi des traitements chirurgicaux divers. La majorité des interventions chirurgicales pratiquées en infertilité l'ont été chez les 25-34 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Les coûts de ces chirurgies sont entièrement assumés par l'État; ils ont représenté pour la Régie de l'assurance-maladie des remboursements aux médecins de l'ordre de 600 000 $ au cours de cette même année. 75 % de ces dépenses étaient attribuables à l'infertilité féminine.

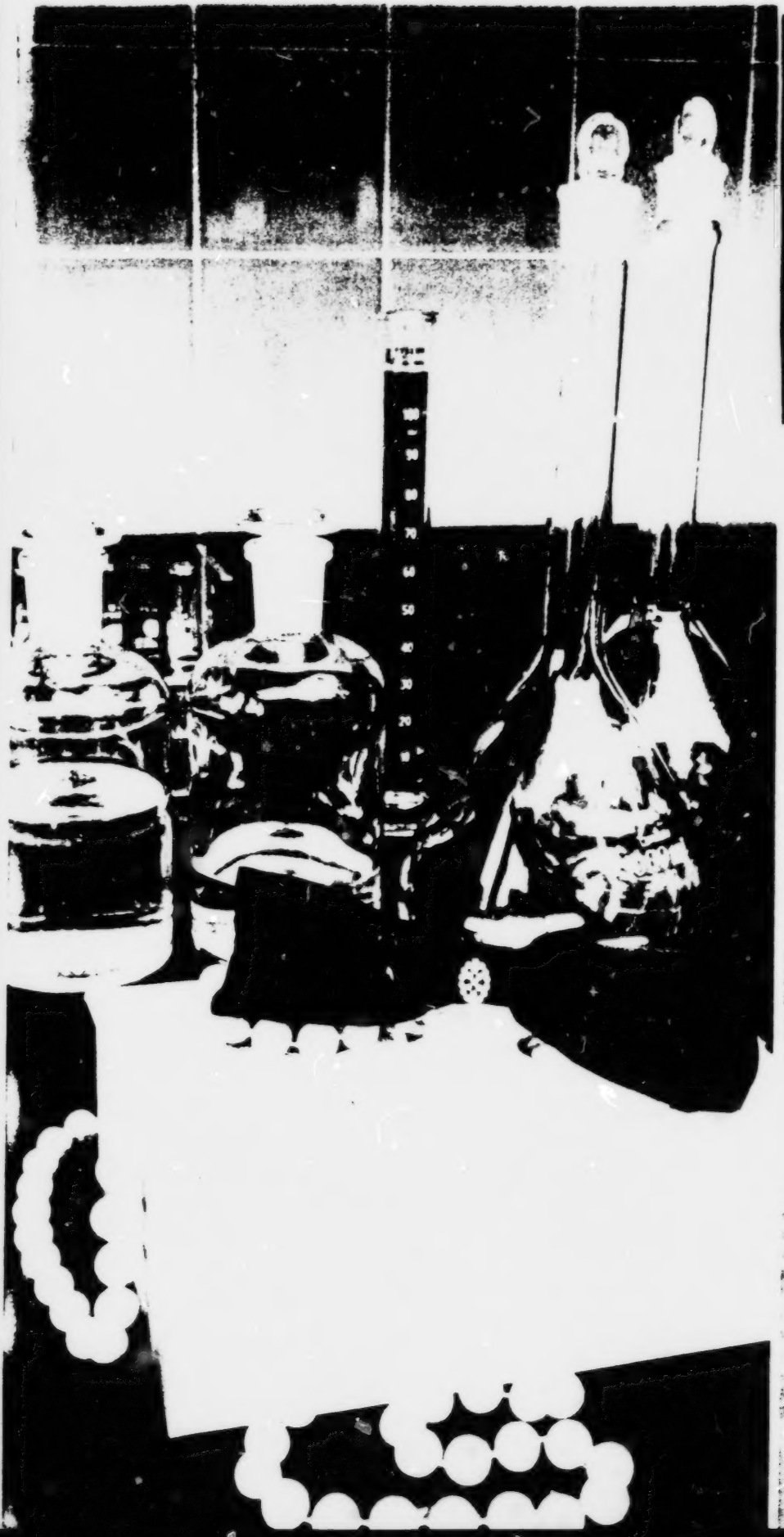
La thérapie hormonale

Le traitement hormonal se fait sur prescription: la femme infertile en défraie donc entièrement le coût. Un traitement au CLOMID, qui est l'hormone la moins coûteuse, entraine des déboursés de 25 $ à 125 $ par cycle. Il n'est pas rare que le traitement se poursuive sur trois ou quatre cycles. ■

1 L'hystérosalpingographie est une technique utilisée pour diagnostiquer certains autres problèmes de santé. On estime cependant que dans 90 % des cas, c'est l'infertilité qui est à l'origine de son utilisation.
2 La laporoscopie est également utilisée dans le diagnostic d'autres pathologies.
3 La biopsie de l'endomètre est pratiquée à la fois chez les femmes infertiles et chez celles qui sont à l'étape de la ménopause.
4 Le test post-coïtal n'est utilisé qu'en rapport avec des problèmes de fertilité et peut être répété quelques fois chez un couple.

Marc Lajoie, ministère des Communications/ Conception: Diane Dubé

«Dans le fond, mon désir d'enfant, c'est de vivre la grossesse...»



Les nouvelles technologies de la reproduction

**Examens,
chirurgie et hormones,
espoir puis déception.
Il est long le chemin
qui mène à l'enfant:
jusqu'où faudra-t-il le suivre
si on n'a pas en soi les moyens
d'y arriver à deux, simplement?
La science y a pensé;
elle a organisé, pour l'ovule
et le spermatozoïde,
des rendez-vous nouveau genre,
hautement technologiques,
auxquels assistent,
dans un décor de verre,
parfois un père anonyme,
parfois une invitée temporaire,
dont naîtra, peut-être,
l'enfant tant désiré.
Et s'il ne venait pas,
on se dira qu'on est allée
jusqu'au bout,
au prix de son coeur
et de son corps.**

L'insémination artificielle, plus complexe qu'elle n'en a l'air

Sur le plan technique, l'insémination artificielle, qu'elle se fasse avec le sperme du conjoint ou avec celui d'un donneur, est une méthode relativement simple d'application. Quand on y regarde de plus près, cependant, les questions ne tardent pas à surgir.

Quand l'infertilité dépend de lui

Méthode employée pour pallier l'infertilité masculine, l'insémination artificielle consiste à déposer du sperme de bonne qualité chez une femme en période fertile. Au Québec, la loi réserve cet acte aux seuls médecins.

Le sperme du conjoint est utilisé lorsque les spermatozoïdes, en raison de leur nombre insuffisant, de leur faible mobilité, d'un taux élevé de malformations, d'éjaculation précoce ou de faible volume, d'anomalies anatomiques ou congénitales, d'impuissance n'arrivent pas à rejoindre l'ovule au cours du rapport sexuel. Une quantité suffisante de spermatozoïdes est recueillie par masturbation ou par prélèvement dans l'urine (dans les cas d'éjaculation rétrograde) et est ensuite déposée au niveau du col de l'utérus ou dans l'utérus. Il semble que l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou avec celui d'un donneur n'entraîne pas d'effets secondaires sur le plan physique.

Le recours à un donneur

S'il est démontré que le conjoint est stérile ou qu'il souffre d'une maladie congénitale à haut risque de transmission, le couple doit alors décider s'il accepte ou non d'avoir recours à une troisième personne qui ferait don de son sperme à des fins d'insémination.

Dans un contexte où fertilité est associée à virilité, il peut être difficile pour le conjoint d'accepter le recours à un donneur. S'il existe une consolation à cela, c'est de savoir que l'enfant aura au moins un lien génétique avec sa mère: «On est aussi bien d'en avoir un qui soit à moitié de toi que complètement étranger» et qui, peut-être, aura une certaine ressemblance avec le père social. En effet, quand les circonstances le permettent, on essaie de trouver un donneur dont les caractéristiques physiques s'apparentent le plus possible à celles du conjoint.

Si le couple choisit cette solution, le consentement écrit des deux conjoints est requis dans les cliniques d'infertilité. Cependant, au Québec, le consentement du mari n'est pas une condition légalement requise à la validité de l'acte.

Portrait d'un donneur

Le donneur fait habituellement l'objet d'une sélection rigoureuse de la part du médecin. On le recrutera généralement chez les étudiants en médecine ou parmi le personnel des établissements de santé. Il devra d'abord satisfaire à toutes les exigences médicales: spermogramme de qualité, passé génétique sans tache, absence de maladies vénériennes, et se soumettre à une certaine forme d'évaluation psychologique. Il s'engage à donner les informations sur son état de santé au meilleur de sa connaissance. Sa participation est volontaire, mais il peut cesser en tout temps sa collaboration avec l'équipe médicale. Il reçoit une compensation pour frais de déplacement chaque fois que ses services sont requis. ■

Pour? Contre?

Oui, mais...

Certains prônent l'insémination artificielle avec donneur parce qu'elle permet au couple d'avoir un enfant biologiquement relié à la femme; parce que le consentement du conjoint est considéré comme une grande preuve d'amour; parce que la démarche est simple et ses chances de succès élevées (de 60 % à 90 % dans les six cycles consécutifs, si du sperme frais est utilisé); parce que l'expérience de la grossesse contribuerait à renforcer l'union du couple.

D'autres sont contre pour autant de raisons: cette démarche signifie l'intrusion d'une troisième personne dans une relation supposée exclusive, ce qui peut constituer une menace; aucun lien biologique n'existe entre l'enfant et le mari de sa mère; l'anonymat est considéré comme le refus du donneur de ses responsabilités parentales et une atteinte aux droits de l'enfant conçu de son sperme; enfin, on dénonce le fait que le besoin du couple d'avoir un enfant devient prioritaire au détriment de l'intérêt même de cet enfant.

L'insémination artificielle avec donneur (I.A.D.), on s'en doute bien, a fait l'objet d'études, d'analyses, de recommandations au Canada comme en Australie, en Suède, en Suisse de la part de spécialistes et de comités divers. Après avoir soupesé les arguments pour et les arguments contre l'I.A.D., ils ont conclu qu'elle était moralement acceptable, mais à condition que certaines règles soient respectées dans le meilleur intérêt de l'enfant, du donneur, du couple, du médecin pratiquant.

Lucie est-elle l'enfant de Robert?

Lucie naît pendant le mariage de Robert et de Michelle ou dans les 300 jours après la dissolution ou l'annulation de ce mariage. Sur le plan juridique, elle est présumée avoir pour père le mari de la mère, donc Robert. Celui-ci peut toutefois désavouer l'enfant en justice et Michelle contester la paternité de Robert. Cependant, comme Lucie a été conçue par insémination artificielle, le recours en désaveu ou en contestation n'est pas recevable aux yeux du législateur québécois puisque Robert et Michelle avaient consenti à cette forme de traitement. Lucie est donc présumée avoir Robert pour père, qu'elle soit issue de son sperme ou du sperme du donneur. Voilà ce que dit le Code civil du Québec.

Is Lucy Robert's daughter?

En Angleterre, en Australie, en Suède, dans certaines provinces canadiennes, des comités d'étude ont recommandé l'adoption d'une loi qui reconnaîtrait la légitimité des enfants nés dans le même

contexte que Lucie la Québécoise.

Ces comités estiment aberrant que la loi établisse une distinction entre l'enfant conçu naturellement par des parents qui l'entourent ensuite de soins et d'amour et l'enfant né d'une insémination artificielle. Ils croient que ce que la société peut faire pour cimenter le groupe familial, constitué des parents et de l'enfant conçu artificiellement, a plus d'importance que la défense du concept de lignée héréditaire.

Le droit américain considère en principe illégitime l'enfant né d'une I.A.D. Cependant, beaucoup d'États ont légiféré dans le sens d'une reconnaissance formelle de la légitimité à condition que le mari ait consenti au traitement. ■

L'accès à l'I.A.D., une affaire de couple

En théorie, la technique de l'insémination artificielle avec donneur offre aux femmes divorcées, aux célibataires hétérosexuelles ou homosexuelles la possibilité de porter elles aussi un enfant.

Dans la pratique, cependant, l'accès de la femme seule à l'I.A.D. est loin d'être reconnu. Ainsi, en Australie, on a recommandé l'adoption de règlements limitant l'accès aux femmes mariées ou vivant une union de fait stable avec un homme qui a consenti à l'insémination artificielle avec donneur. En Suède, il est recommandé, avant de procéder au traitement, d'effectuer une expertise psychosociale des parents éventuels que l'on identifie comme étant les couples mariés ou en union de fait. Dans un rapport émanant de la Colombie-Britannique, on fait toujours mention du «couple» receveur. En Ontario, on étend l'accès aux femmes seules stables, mais le comité qui a étudié la question, à l'instar d'autres comités nationaux, reconnaît que l'intérêt de l'enfant est mieux servi dans une famille biparentale.

Dans le contexte actuel, c'est donc en général aux couples hétérosexuels stables qu'est réservée l'insémination avec donneur. Cependant, deux centres au Québec n'exigent pas la présence d'un conjoint. ■

Un point d'interrogation dans l'arbre généalogique

L'homme infertile, membre du couple qui souhaite avoir un enfant, devient le père légitime et social de cet enfant lorsque ce dernier naît à la suite d'une insémination artificielle hétérologue dûment acceptée.

L'homme fertile, qui a accepté de faire

Marc Lajoie, ministère des Communications Conception: Diane Dubé

Certains considèrent l'anonymat comme le refus du donneur de ses responsabilités parentales et une atteinte aux droits de l'enfant conçu de son sperme.

don de son sperme pour faciliter la conception d'un enfant chez une femme qu'il ne connaît pas, est le père biologique de cet enfant.

Mais dans l'état actuel des choses, il n'a de père que le titre. Il a fait don de son sperme, il a transmis son bagage génétique, mais de façon anonyme, de telle sorte qu'il ne connaît pas l'enfant issu de lui et que l'enfant ne connaît pas celui qui a permis à sa mère de le concevoir.

L'anonymat est donc de rigueur au Québec: les donneurs de sperme en font très souvent une condition de leur participation, celle-ci pouvant être reprise pour la conception d'une dizaine d'enfants au maximum.

Le droit de connaître ses origines

La confidentialité assurée aux donneurs de sperme vient en opposition avec le droit de l'enfant de connaître ses ascendants.

Le Conseil du statut de la femme (CSF) considère que ce droit existe et que l'enfant devrait pouvoir l'exercer à sa majorité. Dans un mémoire présenté au comité interministériel sur la recherche des antécédents socio-biologiques, le CSF demande donc que des dispositions législatives consacrent ce droit, qu'il s'applique à l'I.A.D. ou aux cas futurs d'adoption.

La Suède a déjà agi dans ce sens. Depuis 1985, une loi accorde aux individus conçus par insémination artificielle hétérologue le droit de connaître le nom de leur père biologique une fois qu'ils ont atteint l'âge adulte. Des études ayant démontré que les enfants adoptés ont un besoin véritable de connaître leurs origines et que la possibilité d'obtenir de telles informations est d'une importance extrême pour leur développement, le législateur suédois a jugé que les mêmes conclusions pouvaient s'appliquer aux enfants conçus par insémination artificielle. ■

Les banques de sperme, «un détour par le froid»[1]

Un conjoint veut-il prévoir que, même après son décès, un enfant naîtra de son sperme par insémination artificielle? Ou voudrait-il préserver son potentiel de procréation menacé par un traitement contre le cancer des testicules? Cherchera-t-on, en faisant le tri des spermatozoïdes, à éviter la transmission de certaines maladies liées au sexe, comme l'hémophilie qui ne frappe que les garçons?

La science a déjà apporté une réponse à cela par des méthodes de congélation du sperme. Conservé dans une banque spécialement aménagée à cet effet, le sperme congelé est utilisé au moment voulu.

En France, les premières banques de sperme ont été mises sur pied en 1973. Aujourd'hui, le Centre d'étude et de conservation du sperme humain constitue un réseau de quinze établissements. Il possède une vaste expérience dans la gestion des banques de sperme congelé et la distribution d'échantillons de sperme aux médecins français.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario a déjà recommandé en 1975 que l'exploitation de banques de sperme sur une base commerciale soit permise à condition que ces banques détiennent une licence et qu'elles respectent des règles strictes. Cette même commission recommandait aussi d'autoriser l'importation de sperme humain.

En Colombie-Britannique, le rapport du Comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain recommande au contraire d'interdire l'importation tout en souhaitant l'adoption de normes fédérales relatives aux banques de sperme

1 Postel-Vinay, Olivier, «Les enfants du froid», *Science et vie*, no 805, 1984.

canadiennes, portant entre autres sur la durée de congélation.

Au Québec, deux banques de sperme existent en milieu hospitalier, soit à Maisonneuve-Rosemont et à Sacré-Coeur. ■

L'insémination artificielle au Québec

La technique d'insémination avec le sperme d'un donneur est pratiquée:

- dans les cliniques d'infertilité énumérées précédemment;
- dans deux cliniques de planification des naissances: au Centre hospitalier de Rouyn-Noranda et à la Cité de la santé de Laval.

Selon les cliniques, les donneurs reçoivent de 25 $ à 50 $ pour chaque déplacement. Le financement est assuré par le couple demandeur, ce qui représente environ 200 $.

Il semble que le recrutement des donneurs soit plus difficile chez les francophones que chez les anglophones.

L'insémination homologue

Au Québec, l'insémination avec le sperme du conjoint se fait:

- dans les cliniques d'infertilité;
- dans les cliniques de planification des naissances;
- en cabinet privé.

Augmentation de 78 % en cinq ans

Dans les statistiques de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, on mentionne le paiement de 34 505 inséminations artificielles pour l'ensemble du Québec entre 1979 et 1984. Ce chiffre n'indique pas le nombre de femmes qui ont eu recours à cette méthode, mais bien le nombre total d'inséminations pratiquées; on en compte en moyenne huit à dix par femme. ■

Père à son insu

Un Américain poursuit devant les tribunaux son ex-femme et l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, alléguant que son sperme, dont il avait fourni des échantillons, a été utilisé sans son consentement, après le divorce, pour la conception artificielle d'une fillette qui a maintenant un an. Sa requête porte aussi sur la levée d'un ordre de cour lui enjoignant de subvenir financièrement aux besoins de cette enfant qu'il n'a pas vraiment désirée. Toronto Star, 5 juillet 1986.

Fécondation in vitro: l'éprouvette prend le relais

En 1978, en Angleterre, naît Louise Brown, la première enfant au monde conçue in vitro. Les Américains ont «réussi» leur premier bébé en 1981, les Français en 1982. La même année naissent des jumeaux canadiens. Le Québec s'ajoute à la liste pour la première fois en 1985. On compte maintenant près de deux mille enfants conçus de cette façon dans le monde. C'est peu quand on considère tout ce que cette méthode exige en recherche, en temps, en argent et tout l'espoir qu'elle suscite. C'est beaucoup si on considère que la société n'en a pas encore vraiment soupesé les avantages et les inconvénients.

Alpha Diffusion

Amandine, la première Française à naître à la suite de fécondation in vitro et du transfert d'embryon

La conception assistée

Lorsque le corps de la femme n'est pas favorable à la fécondation proprement dite, par obstruction irrémédiable des trompes de Fallope ou pour une autre cause de stérilité que les examens n'ont pas réussi à déterminer, la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes peut être provoquée artificiellement à l'extérieur du milieu naturel de fécondation.

Ce rendez-vous hautement technique se déroule dans une éprouvette à l'instigation de gynécologues, de biologistes, de techniciens spécialisés.

La fécondation in vitro (FIV) ou extra-corporelle comporte cinq étapes:

1. **traitement hormonal** — afin de s'assurer d'une production suffisante d'ovules par l'ovaire, un traitement hormonal intensif est appliqué quotidiennement;
2. **prélèvement des ovules** — une aiguille

est introduite à travers la paroi abdominale jusqu'aux follicules dont on extrait les ovules. Jusqu'à tout récemment, le prélèvement s'est fait par laparoscopie, donc sous anesthésie générale;

3. **cueillette du sperme** — le conjoint fournit un échantillon de son sperme que l'on rend plus fécondant en laboratoire;

4. **mise en contact des ovules et des spermatozoïdes** — les cellules reproductrices sont mises en présence dans un milieu propice à la fécondation;

5. **implantation de l'embryon** — si la fécondation a eu lieu et si les embryons qui en résultent sont sains, ils sont déposés dans l'utérus à l'aide d'un cathéter. Pour augmenter les chances de succès, on implante plus d'un embryon, créant ainsi la possibilité d'une grossesse multiple.

Le couple et particulièrement la femme engagés dans cette démarche peuvent avoir à y renoncer à l'une ou l'autre étape. Que la réponse à la stimulation hormonale soit nulle, que la fécondation n'ait pas lieu, que l'embryon ne s'implante pas, et voilà que s'envole, encore une fois, tout espoir de grossesse, à moins de consentir à une autre tentative.

D'autres scénarios

La fécondation in vitro ouvre la voie à l'utilisation de cellules reproductrices autres que celles de la femme qui désire un enfant, soit parce qu'elle est incapable de produire des ovules, soit parce qu'elle est fertile mais porteuse d'une maladie génétique. On aura alors recours à une autre femme dont les ovules seront mis à profit selon l'un des scénarios suivants:

- l'ovule de la donneuse est prélevé, fécondé in vitro avec le sperme du conjoint en quête de paternité, puis implanté dans l'utérus de la femme infertile. Si le conjoint est lui-même infertile, le sperme d'un donneur est utilisé;
- la femme donneuse est inséminée avec le sperme du conjoint ou celui d'un donneur. S'il y a fécondation, l'embryon est transféré, après quelques jours, dans l'utérus de la femme infertile pour s'y implanter;
- l'ovule de la femme fertile est transféré chez la femme stérile puis fécondé par le sperme du conjoint ou celui d'un donneur.

Une technique qui ne va pas sans peine

La fécondation in vitro comporte une suite complexe d'interventions dont certaines doivent parfois être répétées lorsqu'elles échouent une première fois. Dans son livre intitulé *The Mother Machine — Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, l'auteure américaine Genoveffa Corea en décrit les risques comme suit, sur la base d'études et de témoignages de spécialistes reconnus:

- risques d'hyper-stimulation des ovaires, kystes ovariens;
- risques inhérents à l'anesthésie générale (exigée par la laparoscopie), possibilité non mesurée de traumatismes ovariens;
- taux plus élevé de fausses-couches et de grossesses multiples; risques importants de grossesses ectopiques (en dehors de l'utérus); risques d'avortements reliés à certains examens (échographie, amniocentèse en cours de grossesse);
- possibilité que la stimulation hormonale ou les manipulations de l'ovule et de l'embryon entraînent des anomalies dans le bagage chromosomique. ■

De l'une à l'autre technique

Dans la foulée des bouleversements engendrés par les nouvelles technologies de la reproduction humaine, les conditions d'exercice de la fécondation in vitro, les questions qu'elle soulève, les arguments que déploient ses détracteurs et ses partisans sont souvent du même ordre que dans les discussions, réflexions et recommandations sur l'insémination artificielle.

Alpha Diffusion

La rencontre du sperme et de l'ovule in vitro

Ainsi, la fécondation in vitro n'est-elle généralement proposée qu'aux couples mariés, tout comme l'insémination artificielle avec donneur. Cependant, le Collège des obstétriciens et gynécologues britanniques va plus loin: il recommande l'accès à la FIV aux femmes seules, mais dans des circonstances exceptionnelles dont il laisse l'appréciation au médecin.

Pour l'une ou l'autre technique, la tendance des groupes religieux est de les qualifier d'immorales en ce qu'elles perturbent l'ordre naturel, mettent en danger la famille et séparent les aspects procréatif et conjugal du mariage.

Les arguments invoqués pour ou contre le don de sperme sont applicables à peu de chose près au don d'ovule. À la défense du don d'ovule, on fait remarquer que, au moins, les deux conjoints, malgré l'intrusion d'une troisième personne, contribuent à la naissance de l'enfant, l'homme par son sperme, la femme en portant le foetus. Aux arguments contre s'ajoute celui des risques encourus par la donneuse lors du prélèvement des ovules.

Les questions de sélection des donneuses, d'anonymat, de consentement sont tout aussi pertinentes lorsqu'il s'agit de fécondation in vitro. Quant au statut de l'enfant, il gagnerait à être précisé par législation, ce qui s'impose devant la complexité des scénarios évoqués précédemment.

Ici s'arrêtent les points communs d'analyse entre l'insémination artificielle hétérologue et la fécondation in vitro. Cette dernière est à l'origine de situations et de questionnements qui lui sont bien particuliers et que l'accueil fait par les médias aux quelques naissances qui résultent de son application est loin de laisser soupçonner. ■

Une grossesse «très» multiple

Pour le couple Jacobssen, la technique de fécondation in vitro a tellement bien marché qu'ils sont maintenant sept: leurs cinq fils sont nés par césarienne et avant terme le 26 mars 1986.
La Presse, 30 mars 1986.

Quelque part, dans une banque, un embryon attend

De la fécondation in vitro de plusieurs ovules résultent plusieurs embryons. Les uns prennent le chemin de l'utérus pour s'y transformer en foetus, si tout fonctionne bien, . . . et il y a les autres. Que faut-il faire des embryons qui ne sont pas réimplantés? Faut-il les détruire et peut-on les détruire? Faut-il les congeler pour les implanter plus tard chez la même femme ou chez une

autre? Peut-on les utiliser à des fins d'expérimentation? Répondre à ces questions en soulève une autre, la plus fondamentale: quand commence la vie humaine?

À la recherche d'un statut

Les milieux scientifique, religieux, philosophique expriment à ce sujet des opinions différentes que le débat sur l'avortement a mises en évidence. Les uns affirment que l'embryon est un être humain ou potentiellement humain et non du matériel de travail. D'autres soutiennent qu'il n'est ni une personne, ni même une personne potentielle: c'est plutôt un amas de cellules qui, à moins d'être implanté dans un environnement humain utérin, ne possède pas de potentiel de développement.

En droit, un certain degré de protection est accordé à l'embryon ou au foetus. Au Québec, par exemple, on admet que l'enfant conçu mais non né est réputé être une personne chaque fois qu'il y va de son intérêt pourvu qu'il naisse vivant et viable.

On reconnaît donc au foetus une personnalité juridique conditionnelle à sa naissance vivante et à sa viabilité. Cependant, notre système juridique n'a pas envisagé les questions légales et éthiques que posent les nouvelles technologies. Pour cette raison, la Commission des droits de la personne du Québec a recommandé que le législateur québécois organise, à l'intérieur du Code civil, un régime juridique propre à la condition prénatale.

La question du statut de l'embryon humain est des plus délicates. Pourtant, il faudra bien un jour y répondre, le temps presse, car la science, elle, n'attend pas.

Il fait froid au pays des embryons non implantés

Ainsi, la congélation d'embryons issus de la fécondation in vitro est maintenant une réalité. Dans le cas d'échec d'une première tentative de FIV, cette pratique évite de reprendre la laparoscopie et permet de procéder à l'implantation lors d'un cycle subséquent parfois plus favorable.

Mais supposons un instant que la femme ou le couple refuse de faire un autre essai. L'embryon issu de leurs cellules reste là, congelé, et attend dans une banque spécialisée. À qui appartient cet embryon abandonné ou celui dont les parents décèdent? Devrait-on le détruire? Le donner en adoption à d'autres parents ou le conserver pour la recherche? Pourra-t-il réclamer des droits à l'héritage de ses parents biologiques? La congélation d'embryons pourrait modifier les générations; les notions d'âge, de liens de parenté, de statut d'aîné pourraient perdre le sens que nous leur donnons actuellement.

L'ignorance des effets d'une congélation à long terme et la difficulté de résoudre pour l'instant les complications d'ordre moral ou d'ordre légal qui peuvent survenir pendant cette période ont fait voir la nécessité d'établir une limite de temps à la congélation. En Australie, le National Health and Medical Research Council recommande de le faire en tenant compte du désir des donneurs de gamètes et d'une limite maximale de dix ans. En Ontario, on propose une révision tous les cinq ans. En Grande-Bretagne, la British Medical Association se montre favorable à une limite de douze mois alors que le Collège des obstétriciens et des gynécologues, sans fixer de période précise, recommande de limiter la durée de la congélation dans un but spécifique, par exemple, une deuxième grossesse pour un même couple.

Alpha Diffusion

Implantation de l'embryon dans l'utérus de la femme infertile.

En principe, le pouvoir de décision quant au sort des embryons surnuméraires appartient au couple qui a fourni les gamètes, selon les experts qui ont étudié la question. Si l'un des conjoints décède, la décision revient au survivant; si les deux décèdent, ou s'il y a mésentente entre eux, le pouvoir de décision passe à l'institution ou au praticien.

Découvrir les secrets de l'embryon

L'utilisation de l'embryon humain à des fins de recherche permettrait d'améliorer l'efficacité de la FIV et d'obtenir une meilleure compréhension de l'infertilité, du développement embryonnaire et des processus de fécondation et d'implantation. Les chercheurs et, par conséquent, les couples infertiles en retireraient un bénéfice certain, mais la question fondamentale, celle du statut de l'embryon, reste entière. Selon le degré de protection qu'on lui accorde, doit-on permettre ou interdire la recherche? Dans l'ensemble, différents comités d'étude à travers le monde croient que l'interdiction générale d'effectuer toute recherche sur l'embryon humain n'est pas justifiée. Ils recommandent donc qu'elle soit permise à certaines conditions, notamment le consentement des donneurs de gamètes et l'établissement d'une limite au développement de l'embryon.

Quelque part, dans une banque, un embryon attendait, congelé. ■

Congélation précoce

En Australie, une nouvelle méthode de fécondation in vitro a permis à une femme de 29 ans de donner naissance à des jumeaux. L'initiateur, le Dr Christopher Chen, a expliqué que trois ovules avaient été prélevés sur la mère, congelés, puis décongelés pour être fécondés et implantés de nouveau. Deux ovules fécondés ont survécu. Le Dr Chen considère que cette nouvelle technique résout les problèmes d'ordre éthique soulevés par la congélation des embryons. La Presse, 5 juillet 86.

Une chance et des risques de plus

L'existence même de la technique de fécondation in vitro constitue une forme de pression implicite pour les femmes qui, autrement, doivent abandonner toute recherche de fertilité.

Parmi les trente-deux femmes que le Conseil du statut de la femme a interrogées, celles qui ont entrepris une démarche de fécondation in vitro ont indiqué que leur décision était prise depuis longtemps. Leur médecin n'a pas eu à les inciter à dire oui au traitement: c'était pour elles une chance inestimable. Dans bien des cas, elles avaient accepté plus ou moins bien leur situation de femme infertile, mais le développement du programme de fécondation in vitro ranime leur sentiment de culpabilité.

«J'avais peur d'avoir mal après, de tout recommencer, mais le «peut-être» est plus fort... Je voulais y aller, mais j'avais peur... J'ai perdu un poids de 2000

livres. Je ne me suis jamais sentie aussi légère de ma vie. J'ai été au bout de moi... J'ai fait tout ce qui était humainement possible.»

Malgré le faible taux de réussite, on ne peut s'empêcher de croire qu'on sera l'exception chez qui la FIV procurera une grossesse.

«Moi, j'avais dans ma tête que ça marcherait. Puis j'ai la tête dure. Je me suis dit: il y a une femme sur vingt au Québec, mais je vais l'être cette femme-là, moi.»

Ces femmes ont si bien adhéré au traitement que les médecins n'ont pas eu à exercer de pressions ou à redoubler d'encouragement. Une telle adhésion facilite le travail de l'équipe médicale. Est-ce pour cette raison que l'on a accepté certaines «bonnes» candidates pour une deuxième, une troisième et même une quatrième tentative sans les inciter à s'accorder un répit pour revoir leur décision?

«Il ne nous dit même pas: si vous voulez recommencer... Même pas. C'est moi qui lui ai dit qu'on a bien l'intention de recommencer le mois prochain. Il dit: c'est parfait, vous n'êtes pas sur une liste d'attente. Venez trois jours avant, on va vous donner une prescription.»

Pourtant, cette femme avait trouvé très éprouvante une toute récente tentative de FIV.

«J'étais tellement sûre que ça marcherait. Puis quand il a dit que ça n'avait pas marché, c'est comme si le ciel venait de nous tomber sur la tête... J'ai eu beaucoup, beaucoup de difficulté à remonter la pente.»

Une autre femme, chez qui la FIV a échoué à l'étape du traitement hormonal, a pu faire une autre tentative tout de suite après ses menstruations sans qu'on s'inquiète de son état physique et psychologique. Au cours de cet essai, on a réimplanté quatre ovules fécondés plutôt que trois puisqu'elle en acceptait les risques.

«Et on a signé le papier comme quoi on voulait prendre le risque. Ils nous disaient que ça augmentait les chances... un assez bon pourcentage. On était pas mal confiant que ça allait marcher. Mais ça n'a pas marché non plus.»

Elle commençait un autre essai au moment de l'entrevue, avec un regain de courage: on lui avait dit que les résultats étaient désormais meilleurs.

L'autre côté de la médaille

La «chance inestimable» que représente un traitement aussi médicalisé que la FIV ne va donc pas sans difficultés et sans risques: effets secondaires, éventualité de grossesse multiple, disponibilité quotidienne pendant le traitement, coûts élevés de participation, suspense créé par chaque étape porteuse d'espoir.

Alpha Diffusion

L'embryon est retiré progressivement de l'azote liquide dans lequel il était congelé. Le statut des embryons non implantés soulève de très nombreuses questions.

La FIV, c'est presque le bout du chemin. Avant elle, il y a eu, pendant longtemps, les rapports sexuels inféconds, les examens de toutes sortes, les autres traitements inefficaces; avec elle, il y a la grossesse tant désirée ou l'échec tant redouté; après elle, il y a le foetus à conduire jusqu'à la naissance, ou l'acceptation à faire, difficilement, qu'on ne pourra jamais concevoir un enfant, ni par ses propres moyens, ni par ceux des autres, si spécialisés soient-ils. ■

Battre l'hypophyse de vitesse

Au cours d'une rencontre de spécialistes français de l'ovulation, l'un d'eux a expliqué que l'utilisation de l'hormone DTRP6 permet aux équipes de fécondation in vitro de ne plus attendre que l'hypophyse déclanche naturellement l'ovulation. On peut maintenant programmer en faisant fi du cycle normal de la femme: prélèvement d'ovules en début de semaine, fécondation en éprouvette, implantation de l'embryon vers la fin de la semaine. «Le résultat: une meilleure planification, une baisse des coûts de fonctionnement des équipes (on peut fermer le samedi et le dimanche avec simplement un médecin de garde au téléphone).» Cette hormone au nom alpha-numérique a cependant l'inconvénient de coûter cher. Parents, août 1986.

La fécondation in vitro au Québec

Quatre cliniques spécialisées rattachées à des hôpitaux sont en mesure d'offrir la fécondation in vitro comme méthode palliative de l'infertilité.

À Montréal

l'hôpital Reine-Élizabeth
l'hôpital Maisonneuve-Rosemont
l'hôpital Saint-Luc

À Québec

le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)

La clinique d'infertilité du CHUL est la plus importante du Québec dans le domaine de la fécondation in vitro. C'est aussi la première où l'on a obtenu des grossesses par cette méthode et celle où est né le premier bébé éprouvette en 1985, après six ans de recherche chez l'humain.

La FIV, une question de gros sous

Si l'accès à ce traitement est en général restreint aux couples mariés, encore faut-il que ces couples soient financièrement capables d'assumer les coûts élevés de la FIV. Dans une des cliniques, un montant de mille dollars est exigé pour le traitement lui-même en plus des cinq cent dollars qu'il faut consacrer à l'achat des hormones. À cela s'ajoutent les frais de déplacements et les frais de séjour pendant deux à trois semaines pour les femmes de l'extérieur de Québec et de Montréal. Évidemment, il ne s'agit là que des coûts directs; d'autres interventions reliées à la FIV, telle la laparoscopie, sont facturées à la RAMQ.

Le contrôle

Il n'existe pas, à proprement parler de cadre légal ni de mécanismes assurant le contrôle de la pratique de la fécondation extra-corporelle. Les comités d'éthique des hôpitaux ne sont consultés qu'au moment de présenter des projets de recherche auxquels sont rattachées des subventions. ■

Mère porteuse: le temps d'une grossesse

C'est un service énorme que de demander à une autre femme de porter l'enfant qu'on ne peut ou qu'on ne veut avoir soi-même. C'est un engagement lourd de conséquences que d'accepter une telle demande. Et ce sera peut-être une tâche difficile pour l'enfant que d'accepter les circonstances très particulières qui ont entouré sa conception et sa naissance.

Alpha Diffusion

Paris, le 22 juillet 1985 - Au début de l'accouchement, Mireille, la mère adoptive, Dominique, la mère porteuse et Jean-Luc, le mari de Dominique. La jeune femme avait été inséminée par le sperme du conjoint de Mireille.

La troisième personne

Toujours désireuses d'avoir un enfant, mais incapables, physiologiquement, de le porter et de lui donner naissance, craignant de transmettre une maladie héréditaire, impatientes devant la lenteur de la démarche d'adoption, ou refusant, pour des raisons personnelles, de vivre l'expérience de la grossesse, des femmes et leur conjoint demanderont à une autre femme de s'associer à eux, le temps d'une grossesse.

Cette mère nouveau genre acceptera, après entente formelle, d'être fécondée artificiellement par le sperme du conjoint du couple demandeur, elle portera l'enfant et le donnera au couple à la naissance. Sa contribution est très importante puisqu'elle participe à la conception et assume la grossesse et l'accouchement.

Elle pourra aussi accepter que soit implanté dans son utérus l'embryon issu de la rencontre naturelle ou artificielle des gamètes du couple demandeur (dans le cas où la femme infertile peut produire un ovule). Elle mènera la grossesse à terme, donnera naissance à l'enfant, le remettra à ceux qui ont désiré et monnayé sa venue.

Le fait que l'un des conjoints ou les deux aient un lien génétique avec l'enfant est considéré par le couple comme un avantage marqué sur l'adoption et motive sa décision d'avoir recours à une mère porteuse.

Qui sont ces mères porteuses?

Aux États-Unis, une étude menée en 1983 par le docteur Philip J. Parker auprès de cent vingt-cinq candidates à la maternité de remplacement a révélé que la majorité d'entre elles étaient mariées, avaient eu au moins une grossesse, niaient l'importance de leur contribution génétique en tant que porteuse et demandaient pour ce «travail» un dédommagement d'au moins cinq mille dollars. Pour 89 % de ces femmes, le paiement était une condition nécessaire mais jamais totalement suffisante pour devenir porteuse. Elles ont témoigné d'une motivation psychologique souvent très importante prenant appui sur un fort désir de donner un bébé aux parents, ou sur le sentiment, souvent inconscient, que cette forme de maternité peut aider à maîtriser le regret d'un avortement antérieur ou d'un abandon d'enfant.

Une fois recrutées, par l'intermédiaire d'une agence ou d'un avocat, les futures mères porteuses doivent mesurer leur motivation à divers examens et évaluations physiques, psychologiques, intellectuels, comme c'est le cas pour les donneurs de sperme. À la différence de ces derniers, cependant, c'est à partir de ce moment-là que commence le véritable engagement.

Des mères porteuses au Québec?

Très peu de données sont disponibles sur la pratique de la maternité de substitution au Québec. Il existe certainement des couples infertiles désireux d'y recourir, des femmes acceptant de s'y prêter, des individus capables de servir d'intermédiaires, mais pas encore, semble-t-il, d'agences spécialisées. ■

La maternité commercialisée

Parmi toutes les interrogations que soulève cette nouvelle forme de maternité, l'aspect commercial est l'un des plus controversés.

Ces cinq mille, huit mille et même vingt-cinq mille dollars versés à la mère

porteuse sont-ils le prix de vente de l'enfant? Ou le prix d'achat du consentement de cette femme à l'adoption? Ou de sa promesse à renoncer à ses droits sur l'enfant? Sont-ils un paiement pour services rendus et remboursement de frais?

Un nouveau marché se crée. Dans plusieurs pays, des agences se spécialisent dans le recrutement d'éventuelles mères porteuses et servent d'intermédiaire entre elles et le couple demandeur: à Paris, l'Association nationale pour l'insémination artificielle par substitution; à Marseille, Mères d'accueil; à Londres, Miracle Program Incorporation. Des avocats font aussi ce genre de travail à titre individuel.

Des contrats complexes fixent les termes de l'entente entre la porteuse et l'un des conjoints ou les deux. Dans ces conditions de négociation, d'analyse, de partage, de rémunération, que reste-t-il de la maternité?

Et que reste-t-il de certaines valeurs quand l'enfant, sous le couvert de bonnes intentions, devient l'objet même de ce commerce? ■

Signer pour devenir père et mères*

Au bas du contrat qui contient les droits et obligations de chacune des parties sont alignées au moins deux signatures (celle du conjoint du couple demandeur et celle de la porteuse) et peut-être trois (s'ajoute celle de la femme du couple demandeur si elle a fourni l'ovule).

Par cette signature, la mère porteuse ratifie une longue liste d'engagements:

- se soumettre aux examens médicaux avant et pendant la grossesse;
- se faire inséminer avec le sperme du conjoint (ou d'un donneur, ce qui ne simplifie pas les choses) ou recevoir l'ovule fécondé;
- éviter d'avoir des relations sexuelles pendant la période d'insémination artificielle;
- adopter une conduite favorable au développement sain de l'enfant (alimentation, activité physique, hygiène de vie) et renoncer à l'avortement sauf si cela est nécessaire pour préserver sa santé;
- accepter d'avance toute intervention proposée par l'équipe médicale, y compris l'accouchement par césarienne;
- rendre l'enfant à terme, reconnaître le conjoint signataire comme père et consentir à l'adoption de l'enfant par la conjointe.

Si la mère porteuse est elle-même mariée, son conjoint s'engage à ne pas chercher à se faire reconnaître comme père et à se prêter à des examens après la naissance dans le but d'éviter toute ambiguïté sur sa paternité.

Le couple demandeur, pour sa part, s'engage à recevoir l'enfant et à verser la somme convenue.

Et si l'un des signataires changeait d'idée?

Avant l'insémination, au cours de la grossesse et après l'accouchement, la mère porteuse peut changer d'idée par rapport aux engagements fixés par contrat. Dans ces cas, le père n'aura souvent d'autre choix que de réclamer les frais encourus ou la compensation prévue au contrat.

Le non-respect du contrat peut aussi venir du père: refus de l'enfant à cause d'un handicap, négation de paternité, refus de payer.

Tout cela fait que le contrat, si clair soit-il dans sa formulation, peut poser de sérieux problèmes dans son exécution. Sa validité n'est pas établie.

Entente nulle?

Pour le moment, il n'existe aucune loi qui traite directement d'ententes de cette nature et les lois actuelles sont véritablement insuffisantes pour régler les problèmes éventuels.

Sur le plan juridique, la personne est considérée comme hors commerce. De plus, la convention avec une mère porteuse, analysée comme un abandon des droits parentaux contre rémunération, viole l'ordre public, ces droits étant inaliénables. D'ailleurs, la plupart des lois en matière d'adoption font du paiement d'une somme d'argent pour ce geste une infraction pénale. En d'autres termes, si la compensation pécuniaire que reçoit la mère porteuse en échange de sa participation est interprétée comme étant le prix d'achat d'un enfant, il est clair que l'entente conclue va à l'encontre des lois qui interdisent l'adoption contre paiement. Par conséquent, cette entente est nulle et inexécutoire. ■

L'attachement non prévu

La grossesse s'est bien déroulée, l'enfant est né, les parents l'ont adopté, la mère porteuse a repris ses études, le contrat a été respecté, donc affaire classée. Oui, peut-être, selon les apparences en tout cas, mais pas nécessairement.

Porter un enfant neuf mois durant crée forcément des liens. Pour lui, on a modifié son alimentation, rangé le paquet de cigarettes, remisé les skis; à cause de lui, on a éprouvé quelques malaises; par lui, on a senti la vie bouger en soi.

Mettre un enfant au monde ne se fait pas sans laisser de traces au corps, au coeur.

Se séparer d'un enfant qu'on a à peine vu, le remettre au père génétique et à sa conjointe peut être très déchirant, surtout quand cet enfant porte la marque de soi.

S'il y a des liens, des traces, une marque, il y a de l'attachement, et cela, aucun contrat ne peut le prédire ni l'interdire. ■

Ce qu'on en pense dans le monde

Des comités d'experts de différents pays se sont prononcés sur la question. La plupart s'opposent à la pratique des mères porteuses. Ainsi, en Angleterre, le rapport Warnock se montre-t-il nettement défavorable à la conclusion de telles ententes. On estime que la gestation subrogée est totalement inacceptable sur le plan de l'éthique dans les cas où une femme est physiquement capable de porter un enfant, mais s'y refuse simplement pour des raisons de commodité. On la rejette même lorsque des circonstances médicales le justifient, alléguant que les dangers d'exploitation d'un être humain par un autre ne se mesurent pas aux bénéfices qu'on pourrait retirer de cette pratique. On va jusqu'à recommander de criminaliser la création ou l'exploitation d'agences dans le but de recruter des mères porteuses et de négocier avec elles. En ce qui concerne le recours à une mère de substitution dans le cadre d'un programme de fécondation in vitro, les recommandations, faites par le Collège des obstétriciens et gynécologues britanniques, la British Medical Association et le rapport de Victoria (Australie), rejettent également cette pratique.

Seul le comité ontarien ne s'y oppose pas. Il recommande plutôt l'adoption d'une loi réglementant les contrats conclus en vertu de cette pratique et suggère l'insertion de dispositions spécifiques relatives à la forme et au contenu de ces contrats qui devront faire l'objet d'une approbation préalable par le tribunal.

Sept États américains ont déposé des projets de loi relatifs aux mères porteuses. On y retrouve souvent une clause précisant que toute entente avec une mère porteuse doit être faite conformément aux dispositions prévues par la loi. Cette formulation est restrictive puisqu'elle n'englobe pas les ententes conclues en contravention de ces lois. Les problèmes légaux qu'on se proposait de résoudre demeurent entiers dans le cas des ententes illégales. C'est malheureusement l'enfant qui en subit les conséquences. ■

---

*• mère biologique: celle qui fournit l'ovule et qui porte l'enfant, donc qui assume la maternité dans son ensemble;
• mère génétique: celle qui fournit l'ovule;
• mère utérine: celle qui porte l'enfant;
• mère sociale: celle qui adopte un enfant conçu et porté par une autre femme.

La planification quantitative des naissanc

F
pour naître
elle du sexe désiré
par les parents ou la société
Ne présente
maintenant ou plus tard
aucune trace d'anomalie?
Porter
ue,
rieure?
place,
ents
de la médecine,
oit ainsi?
iner,
nant qu'on ait
et qu'on peut faire tant de choses,
jusqu'où on veut et on peut aller
pour assurer
la qualité des vies.

Les manipulations génétiques: à la fois utiles et inquiétantes

Les spermatozoïdes, les embryons et les ovules n'ont pas tous la vie tranquille. Dans les officines des chercheurs à travers le monde, on les observe, les isole, les sépare, les sélectionne, les modifie, les stimule. Mais au profit de quoi, de qui? Et jusqu'où iront les chercheurs? Avant d'établir ses propres limites, le biologiste français Jacques Testart se préparait à aller bien loin.

Les gènes livrent leur secret

Cet ensemble d'interventions, dont l'état d'avancement varie de l'une à l'autre, ce sont les manipulations génétiques. Elles rendent possibles, avant la conception, le choix du sexe ou d'autres traits génétiques de l'enfant à naître, l'élimination de certaines maladies et la reproduction à partir d'une seule cellule.

Du côté du sperme

Les chercheurs ont concentré leurs travaux sur l'étude de la capacité de pénétration du sperme et sur la mise au point de techniques pour séparer les spermatozoïdes portant des chromosomes X ou Y.

Pour connaître la qualité du sperme qui servira à la fécondation in vitro ou à l'insémination artificielle, on vérifie sa capacité de pénétration en l'utilisant pour féconder des ovules de hamsters, de rats, de souris, de singes. Le conseil de l'Association européenne sur la recherche médicale a approuvé de telles expériences tout en recommandant de stopper à un stade précis le développement des embryons qui en sont issus.

Une technique mise au point par un chercheur californien permet de séparer les spermatozoïdes comprenant les chromosomes masculins Y et féminins X et ainsi augmenter les chances d'avoir un enfant du sexe désiré. Le sperme, dont la concentration en chromosomes X ou Y est accrue, est ensuite déposé par insémination artificielle. Selon le Dr Ericson, l'utilisation de cette technique permet d'éliminer le sperme immature et anormal, ce qui réduit les risques d'avortement spontané et de naissance d'enfants handicapés physiquement ou mentalement.

Alpha Diffusion

Le Professeur Peter Hoppe a réussi à donner naissance, par clonage, à trois souriceaux qui sont ainsi les «doubles génétiques» de l'embryon de base.

Sur l'embryon

Laissant aux théologiens, aux philosophes et aux juristes la difficile tâche de définir le statut de l'embryon humain, des scientifiques poursuivent leur étude des mécanismes de création de la vie humaine, au moyen de diverses techniques.

- congélation de l'embryon: avant qu'il atteigne le stade de la différenciation cellulaire, on place l'embryon dans une solution protectrice qui est lentement refroidie. On le conserve ainsi pendant un nombre variable d'années;
- séparation des blastomères: on sépare l'embryon en deux, quatre ou huit parties pouvant chacune produire un individu. À un certain stade de son développement une de ces parties est congelée: elle deviendrait une réserve de cellules saines pour les autres parties de l'embryon qu'on aura implantées et qui pourraient comporter une malformation. La séparation des blastomères fait l'objet de recherches approfondies de la part du Dr Edwards, l'un des premiers à avoir réussi la fécondation in vitro;
- filtrage des embryons: la fécondation in vitro permet de faire le tri des embryons en cherchant les anomalies génétiques;
- modification du code génétique: on pourrait, sur un embryon ou sur un foetus, corriger une anomalie ou introduire une nouvelle caractéristique génétique. C'est ce qu'on appelle aussi thérapie génétique ou manipulations gé-

nétiques au sens strict du terme;
- la fécondation entre espèces: une première tentative a été de mélanger les cellules d'embryons de deux races différentes de la même espèce, en l'occurence des souris. On a obtenu des souris bicolores. L'introduction de gènes d'une espèce dans une autre, des humains aux animaux et vice versa, pourrait éventuellement se réaliser.

Une cellule suffit

De nombreux chercheurs dans le monde entier expérimentent chez les animaux différentes façons de faire la reproduction à partir d'une seule cellule.

La technique de reproduction par clonage est basée sur le fait que toutes les cellules d'un individu contiennent toute l'information génétique qui le concerne et qu'il est possible, à partir d'un même individu, d'en créer d'autres génétiquement identiques. Il semblerait que l'expérience n'ait jamais réussi chez l'humain. Certains voient deux raisons à l'utilisation éventuelle du clone humain: le désir d'avoir des descendants possédant le même bagage génétique que soi et le désir de reproduire des individus avec de grandes capacités intellectuelles ou sportives, ou avec certains traits spécifiques.

On arrive aussi à de tels résultats d'identité génétique par transplantation nucléaire, à la différence que l'élément fondamental de cette technique est l'utilisation d'une cellule spécialisée.

Avec la parthénogénèse, le déclenchement du développement embryonnaire a lieu sous l'effet d'une stimulation chimique ou mécanique de l'ovule seul, faisant fi ainsi de l'apport du gamète mâle. À Édimbourg, des biologistes ont observé la division cellulaire d'un ovule humain non fécondé jusqu'à la huitième cellule. ■

Des enfants à la carte

Une famille de garçons planifiés, une fille sans père, des jumeaux d'âge différent, une progéniture particulièrement douée pour les mathématiques, des enfants sans aucune tare. . . , pures inventions que tout cela?

La science des gènes avance rapidement en lieux clos; elle raffine ses techniques, elle élargit ses horizons; elle va de réussite en réussite et, par des applications concrètes, devient à la fois utile et inquiétante: on tire profit de ses découvertes mais on ne connaît pas ses intentions véritables.

Jusqu'où peut-elle aller? Jusqu'à la famille de garçons planifiés, jusqu'à la fille sans père? Jusqu'au commerce d'embryons issus de géniteurs célèbres? Jusqu'au rejet aveugle des plus démunis?

Les manipulations génétiques posent autant de questions qu'elles n'en résolvent. ■

Un biologiste fixe ses propres limites

Alpha Diffusion

Jacques Testart, biologiste renommé.

Le professeur Jacques Testart, l'une des sommités dans le domaine de la reproduction artificielle, a décidé de ne pas pousser plus loin ses recherches sur certains aspects des manipulations génétiques. Il se dit profondément inquiet de l'évolution de la recherche dans son domaine et déclare qu'il y a certaines limites au-delà desquelles il ne veut pas aller. Le biologiste français, un des meilleurs spécialistes mondiaux de la fécondation in vitro et de la congélation d'embryons humains, ouvrait, dans son livre ***De l'éprouvette au bébé spectacle****, des perspectives réjouissantes pour la science mais inquiétantes pour l'humanité. Il met maintenant un frein à ses propres ambitions dans son dernier ouvrage* ***L'oeuf transparent*** *et propose un moratoire international. «J'ai pleinement conscience, écrit-il, qu'une telle décision équivaut pour moi à une forme de suicide professionnel.» Le Devoir, 16 septembre 1986.*

Lettre ouverte à Jacques Testart

Dès l'annonce de cette décision, la présidente du Conseil du statut de la femme, Francine C. McKenzie, a fait part de sa réaction au chercheur et aux médias.

Il fait bon, outre-mer, entendre qu'un scientifique français vient de décider de limiter ses recherches en matière de procréation artificielle.

Le choix éthique que vous faites de ne pas franchir la barrière des «recherches portant sur l'identité de l'oeuf humain», donc de refuser la fabrication d'enfants sur mesure, passera sûrement à la postérité. Vous venez de brider la médecine du désir et de jeter du sable dans la machine emballée du «progrès». Grâce à vous, on se sent moins dinosaure de vouloir réfléchir un peu. Il suffisait d'une dissidence pour semer le doute, merci de nous l'offrir.

Déjà, ici, certains de vos émules sont ébranlés par cette position. Votre appel à la sagesse est entendu. Puisse votre proposition d'un moratoire international trouver rapidement écho.

Depuis deux ans, devenu conscient des abus et des dangers dont vous faites état et inquiet de la pratique du fait accompli, le Conseil du statut de la femme, que je préside, récuse le discours énervé qu'on nous sert sur l'inéluctabilité du développement de ces nouvelles techniques.

La perspective de la formule C.V.I. (congélation de sperme, vasectomie et insémination) présentée comme une solution d'avenir au problème de la planification des naissances n'était pas de nature à alimenter la fierté de l'espèce.

Fortes de vous entendre dire que «c'est en amont de la découverte qu'il faut opérer des choix éthiques», nous sommes plus que jamais résolues de miser sur la réflexion et de parier sur le pouvoir d'une opinion éclairée.

Vous venez de réussir ce que cent éthiciens réunis n'arrivent pas à faire: mettre l'éthique à la mode, félicitations!

Le diagnostic prénatal: dis-moi ce que tu es, je te dirai ce que tu deviendras

Les progrès rapides de la recherche en génétique et ses applications dans le domaine de la reproduction ont permis aux cliniciens et aux cliniciennes d'intégrer à leur pratique de nouveaux instruments de supervision et de planification qualitative des naissances. Il ne s'agit donc plus de déterminer si on peut avoir un enfant, mais plutôt de savoir ce qu'est et ce que sera cet enfant en formation. Il n'y a pas que des avantages à tout savoir d'avance.

Le foetus analysé

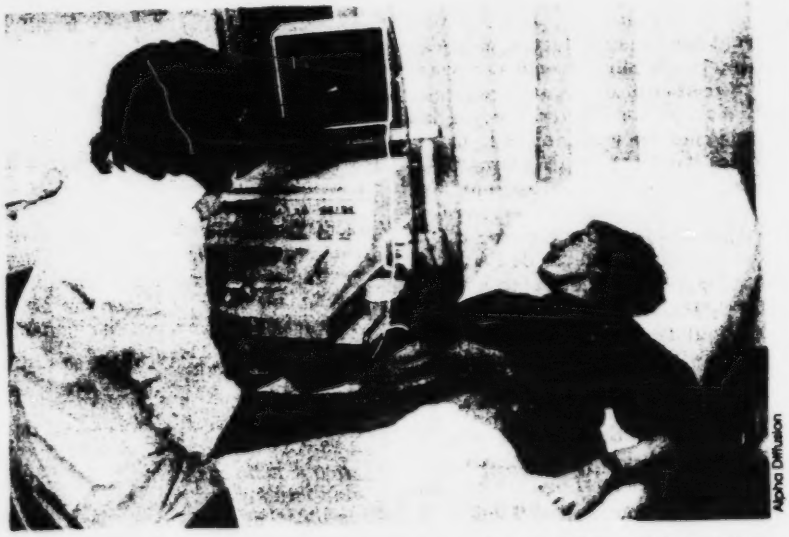
Divers examens pratiqués en cours de grossesse permettent de recueillir de l'information sur le foetus et de détecter chez lui malformations ou maladies.

L'accès aux examens prénatals

Mis à part l'échographie, ce type d'examens ne fait pas automatiquement partie de la surveillance médicale de la grossesse telle qu'on la connaît.

Des circonstances particulières justifient qu'on y ait recours, telles que:

- l'âge de la mère (supérieur à 35 ans);
- fausses-couches répétées;
- maladie héréditaire chez l'un ou l'autre parent;
- premier enfant mort-né ou anormal.



Alpha Diffusion

La majorité des femmes enceintes subissent au moins une échographie au cours de leur grossesse.

Investigation et diagnostic prénatals

- l'échographie: en obstétrique au moyen d'ultrasons émis à travers la paroi abdominale, on obtient sur écran l'image du foetus tel qu'il se présente dans l'utérus. On peut aussi déterminer l'âge et la taille du foetus, voir sa position, connaître son sexe. Utilisé comme moyen de diagnostic prénatal, l'échographie permet de détecter, selon le moment de la grossesse où elle est pratiquée, un certain nombre de malformations anatomiques (cerveau, organes, membres);
- l'amniocentèse: guidé par l'échographie, on introduit une fine aiguille dans la cavité abdominale et on prélève une petite quantité du liquide dans lequel baigne le foetus. En plus de données sur le sexe et le groupe sanguin du foetus, l'analyse en laboratoire du liquide amniotique et des cellules fournit des indications sur la présence d'une anomalie génétique qui laisse soupçonner une éventuelle maladie ou malformation;
- la biopsie chorionique: par voie naturelle, on prélève une parcelle du chorion, cette membrane qui entoure l'embryon au point de rencontre du placenta et du cordon ombilical. L'accès direct aux cellules foetales permet de connaître plus rapidement les résultats de leur analyse: sexe du foetus, maladies du métabolisme, anomalies chromosomiques. Cette méthode est actuellement pratiquée sur une base expérimentale à l'hôpital de Montréal pour enfants;
- la foetoscopie: à l'aide d'un tube introduit dans la cavité amniotique, on voit directement les diverses parties du foetus et on prélève peau et sang foetals à des fins de dépistage de certaines maladies. Étant donné les risques d'avortement qu'elle comporte (de 5 à 10 %), cette technique n'est presque plus utilisée.

Risques et effets

À l'amniocentèse sont associés des risques minimes de blessures au foetus et d'avortement spontané. L'un des problèmes le plus souvent évoqué dans le cas de l'amniocentèse est son caractère tardif. Pour qu'il y ait une quantité suffisante de liquide dans la cavité amniotique, il faut attendre jusqu'à la seizième semaine de grossesse avant d'en faire le prélèvement. S'ajoutent à cela les deux à quatre semaines nécessaires à la culture des cellules. À la dix-huitième ou à la vingtième semaine de grossesse, les effets physiques et psychologiques d'un avortement sont plus importants, si cette dernière solution est retenue en cas de diagnostic positif.

L'échographie et la biopsie chorionique peuvent aussi entraîner des fausses-couches.

Qu'y a-t-il à l'horizon?

Les techniques de diagnostic prénatal se développent rapidement. Plus que le constat d'une malformation ou d'une maladie présentes chez le foetus au moment de l'examen, elles permettront de détecter la tendance au diabète ou à certaines maladies cardio-vasculaires qui ne se déclareront qu'à l'âge adulte.

Dis-moi ce que tu es, je te dirai ce que tu deviendras. ■

Condamné à naître parfait

Annie vient de se soumettre à un examen prénatal que justifiaient des fausses-couches répétées. Les résultats de l'amniocentèse sont porteurs d'une mauvaise nouvelle: le foetus est atteint de spina-bifida, une anomalie du tube neural dont la gravité varie selon les individus.

Maintenant qu'elle sait, Annie doit choisir, rapidement. Se faire avorter? Ou encore poursuivre la grossesse et reporter à la naissance la décision qui pourra être de faire traiter le nouveau-né, de le donner en adoption ou de le placer en institution?

Comme la plupart des couples confrontés à un diagnostic d'anomalie du foetus, Annie et son conjoint choisiront probablement l'avortement. À son médecin, à elle-même, à la société, ce choix pose des questions fondamentales.

Marc Laroie ministère des Communications

A-t-on le droit de laisser naître des enfants qui représenteront une charge sociale importante ou avons-nous au contraire le devoir de faire plus pour ceux qui ont moins?

L'avortement sous pression médicale

Certains médecins subordonnent l'accès au diagnostic prénatal à l'acceptation préalable de la femme de se faire avorter si le résultat est positif. Il ne sert à rien, disent ces médecins, d'obtenir ces renseignements d'ordre médical si la femme est déterminée à poursuivre sa grossesse de toute façon.

Cette pratique ne fait évidemment pas l'unanimité. Elle oblige à s'interroger sur l'objectif que vise l'utilisation du diagnostic prénatal. Elle oblige aussi à situer le rôle de conseiller des médecins de la naissance et de l'enfance. L'information dont ces spécialistes disposent sur la nature de la maladie, sa gravité, les possibilités de traitement est indispensable à la prise de décision par les parents, mais la façon de la présenter fait toute la différence entre un pouvoir médical qui s'impose et celui qui tient compte des libertés et des valeurs des couples concernés.

L'avortement librement choisi

Annie a choisi un gynécologue qui fait partie de cette catégorie de médecins non directifs. Si, une fois bien informée et des conséquences de l'anomalie du foetus et des choix possibles, elle opte pour l'interruption de grossesse, elle le fait librement et non pour répondre à des pressions. Elle a ardemment désiré cette grossesse mais ne peut ni ne veut accepter que son enfant soit ou devienne handicapé. Le rejet du foetus anormal relève de son entière responsabilité.

L'avortement sélectif comme choix de société

Les progrès du diagnostic prénatal conduiront-ils à un accroissement du nombre d'avortements? Vers une baisse de la natalité? Élaborerons-nous des politiques eugéniques dans la perspective d'améliorer l'espèce humaine en éliminant progressivement les gens nocifs ou jugés indésirables? L'avortement restera-t-il une affaire personnelle à la femme lorsqu'une technique telle que le diagnostic prénatal automatisé, peu coûteuse et donc très utilisée, permettra de déceler dès les premières semaines de grossesse toutes sortes d'anomalies génétiques? Serons-nous intolérants sans nuance à l'égard de ces maladies à gravité diverse, allant du simple daltonisme à l'absence de cerveau? A-t-on le droit de laisser naître des enfants qui représente-

Pré-sélection du sexe

Ces couples voulaient une fille... ils ont eu une fille. Une fois leur choix arrêté, ils n'ont eu qu'à s'en remettre aux médecins. Ceux-ci ont séparé les spermatozoïdes contenant des chromosomes X de ceux contenant des chromosomes Y et les ont déposés par insémination artificielle chez les futures mères. Au moins six filles «choisies» sont ainsi nées au Japon entre septembre 1985 et janvier 1986. Soixante médecins japonais maîtriseraient actuellement cette technique qui pourra être utilisée pour contrôler certaines maladies héréditaires. Le Soleil, 31 mai 1986.

Aux États-Unis, une femme a elle aussi choisi le sexe de son enfant, mais c'est par fécondation in vitro que le sperme riche en chromosomes X et l'ovule ont été mis en présence. The Globe and Mail, 30 septembre 1986.

Marc Lajoie, ministère des Communications Conception: Diane Dubé

ront une charge sociale importante ou avons-nous au contraire le devoir de faire plus pour ceux et celles qui ont moins et qui constituent, à leur façon, une richesse pour la société? Peut-on prétendre éliminer tout risque à naître et à vivre?

C'est à Annie et à ses semblables, actuelles et futures, aux hommes qui partagent leur vie, aux médecins spécialistes de la grossesse, aux décideurs politiques que s'adressent toutes ces questions. ■

Un garçon... une fille?

Plus de surprise à la naissance! Maintenant on sait, longtemps avant l'accouchement, si ce sera une fille ou un garçon. C'est l'un des éléments du portrait foetal que dévoilent les techniques de diagnostic prénatal.

Connaître le sexe de l'enfant est nécessaire s'il y a indication de la présence d'une malformation congénitale, par exemple l'hémophilie chez un foetus mâle. Le diagnostic prénatal prend alors toute sa signification d'acte médical.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Est-il acceptable moralement, socialement, que le diagnostic prénatal serve à des fins autres que médicales telles la sélection du sexe ou la curiosité des parents?

Dans le premier cas, le couple demandera le diagnostic prénatal uniquement pour connaître le sexe et interrompre la grossesse si le foetus n'est pas du sexe désiré. Des études sociologiques réalisées dans plusieurs pays confirment que la majorité des couples préféreraient un garçon comme premier enfant.

Dans le deuxième cas, le couple voudra tout simplement voir le foetus, en connaître le sexe, par curiosité. Il s'agit là d'un détournement d'objectif dont l'échographie est la cible principale: on lui demande davantage de livrer une information secondaire (sexe, taille, position du foetus) que de détecter malformations et maladies, ce pour quoi la technique a été initialement mise au point.

On avance différents arguments pour refuser l'accès au diagnostic prénatal sur indication non médicale. Selon Michael D. Bayles, dans -*Reproductive Ethics*-, le risque d'avortement spontané, les coûts assumés par le gouvernement, le peu de ressources disponibles sont les arguments le plus souvent invoqués.

Dans un rapport qu'il déposait en 1984, le National Institute of Health (États-Unis) s'est montré défavorable à l'utilisation du diagnostic prénatal uniquement pour satisfaire le désir du couple de connaître le sexe, de voir le foetus ou d'obtenir sa photo à des fins de démonstration commerciale ou éducative sans bénéfice médical pour le patient. Par contre, le Genetic Research Group du Hastings Center, bien qu'il s'oppose à la tendance à faire de l'identification du sexe et de l'avortement sélectif une pratique médicale normale et une forme de planning familial, croit que des restrictions légales iraient à l'encontre du principe de non-ingérence dans la décision des parents (tel que rapporté par Powledge et Fletcher, dans *Cahier de Bioéthique 2*).

Ici comme ailleurs, les normes restent encore à définir. ■

À son tour, le foetus devient patient

Parler de chirurgie foetale à utérus ouvert paraît plus invraisemblable que ne l'était la chirurgie à coeur ouvert au début des années cinquante. Pourtant, une voie s'ouvre dans ce domaine et on tente avec succès certains traitements médicaux ou actes chirurgicaux.

Une équipe médicale de l'Université du Colorado a placé dans la cavité cérébrale d'un foetus de 24 semaines un tube de drainage pour évacuer le liquide céphalorachidien en excès.

À l'hôpital universitaire de San Francisco, on a réussi à corriger une malformation urinaire décelée à l'échographie chez l'un des jumeaux d'une mère de 41 ans.

Une équipe de la faculté de médecine du Mont Sinaï de New York a réussi à faire la sélection chez des jumeaux dont l'un est normal et l'autre atteint d'une anomalie. À la 21e semaine, sous échographie, on a introduit une longue aiguille dans le thorax puis dans le coeur du jumeau anormal et retiré la moitié du

Avant même de naître

Constatant que le conduit urinaire du foetus était bloqué, une équipe chirurgicale californienne «a ouvert l'utérus de la mère, sorti les jambes et la partie basse du tronc du foetus (le reste du corps restant attaché au placenta), ouvert l'abdomen, incisé la vessie et replacé le jeune opéré dans son «milieu naturel» pour les trois derniers mois de gestation».

On a attendu le premier anniversaire de naissance de l'enfant pour annoncer le succès de l'intervention. «Deux opérations du même type avaient déjà été tentées mais Mitchell est le premier à survivre aussi longtemps.» Le Soleil, 8 octobre 1986.

volume sanguin, entraînant l'arrêt du coeur et les mouvements du foetus. La naissance du jumeau normal s'est déroulée sans problème et le foetus mort a été expulsé.

Quelques semaines plus tard en Virginie, une tentative du même ordre avait lieu, provoquant un accouchement prématuré et la mort de l'enfant sain.

Avec le temps et beaucoup de recherche, les médecins pourront envisager de corriger de plus en plus d'anomalies chez le foetus. Il reste à savoir dans quel cas ce serait utile. Qui est le patient? Le foetus? La mère? Le foetus a-t-il droit au traitement? Comment concilier ce droit avec ceux de la mère à l'avortement et au libre consentement face aux interventions médicales? D'autres questions qui s'ajoutent à une liste déjà fort longue.

Quand le diagnostic prénatal est porteur de mauvaises nouvelles, la chirurgie foetale offre à la femme un autre choix que la naissance d'un enfant handicapé ou l'avortement, mais au prix de résultats aléatoires et d'efforts coûteux sur le plan physique et sur le plan psychologique. D'ailleurs, ce choix demeurera-t-il toujours le sien? ■

Un frein aux manipulations génétiques

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a élaboré un code d'éthique en matière de procréation artificielle qui interdit toute expérimentation sur les embryons vivants, viables ou non. L'Assemblée, composée de députés nationaux de 21 pays a également déclaré taboue toute manipulation ou déviation rendue possible par la technique médicale actuelle et qui aurait pour but «la création d'êtres humains identiques par clonage, la création de jumeaux identiques, l'implantation d'un embryon humain dans l'utérus d'une autre espèce ou l'inverse, la création d'embryons avec du sperme d'individus différents, la création d'enfants de personnes du même sexe, le choix du sexe par manipulation génétique à des fins non thérapeutiques ou encore la production d'embryons humains à des fins de recherche». Journal de Québec, 25 septembre 1986.

La pratique du diagnostic prénatal au Québec

L'échographie

Il s'est fait 728 896 échographies dans l'ensemble du Québec entre 1979 et 1984, le nombre annuel étant en progression constante.

Il est difficile de connaître le nombre réel d'échographies pratiquées à des fins de diagnostic prénatal proprement dit, mais il semble que cette technique soit utilisée de plus en plus de façon routinière: on peut affirmer que la grande majorité des femmes enceintes subissent au moins une échographie au cours de leur grossesse, souvent deux.

L'amniocentèse

C'est à l'hôpital pour enfants de Montréal, à Sainte-Justine, au centre hospitalier de l'Université Laval et à l'hôpital de Chicoutimi, tous quatre membres du Réseau de médecine génétique du Québec, ainsi qu'à l'hôpital Saint-François-d'Assise et au Royal Victoria que se pratique l'amniocentèse.

Dans les trois premiers hôpitaux ci-haut mentionnés, les médecins ont effectué un peu plus de 10 000 amniocentèses à des fins de diagnostic prénatal en cours de grossesse et de prélèvement sanguin, dans les dernières semaines de grossesse, pour éviter certains problèmes post-partum. Les mères de 35 ans et plus constituent la clientèle majoritaire de cet examen.

La recherche en amniocentèse est davantage centrée sur le potentiel d'information qu'elle rend accessible que sur la technique elle-même. Il n'est pas un mois sans que de nouveaux tests soient mis à la disposition des équipes de diagnostic prénatal. Il est actuellement possible de détecter 300 des 3 000 maladies génétiques connues. La recherche vise essentiellement à faire augmenter ce nombre.

Le coût

Facturés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les actes médicaux pratiqués à des fins de diagnostic prénatal ont entraîné, entre 1979 et 1984, des dépenses de plus de 12 000 000 $ dans le cas de l'échographie et de 385 000 $ dans le cas de l'amniocentèse.

Les techniques de diagnostic prénatal s'implantent et se développent au Québec au même rythme que dans les autres pays. La tendance évolue vers des tests plus précoces, plus rapides et dont le potentiel d'investigation sera considérablement augmenté. ■

Marc Lajoie, ministère des Communications

Certaines militantes des droits des personnes handicapées se disent en faveur de l'accès au DPN, mais elles exigent en contrepartie une meilleure information et une meilleure assistance aux femmes placées devant la décision d'avorter ou de prendre en charge un enfant handicapé. Cette position est loin de faire l'unanimité.

ard des femmes

éproduction artificielle

A notre avis

Ici au Québec,
ailleurs au Canad
aux États-Unis, en Europe,
des femmes ont mis leur voix
et leur plume
au service d'une tâche
difficile mais nécessaire,
celle de dire,
au sujet de la reproduction artificielle,
les intentions qu'elle cache,
les pouvoirs qu'elle attise,
les effets qu'elle entraîne,
et celle de rappeler
les droits qu'elle menace.
Voix et plumes parfois unanimes
parfois contradictoires,
ce sont leurs points de vue
qui sont ici exprimés:
on peut les partager,
on peut en diverger,
mais on devra toujours
en tenir compte.
Le débat n'en sera que plus fécond.

La réponse de la médecine

À la demande d'assistance des couples dont le désir d'enfant tarde à se réaliser ou se heurte à des obstacles physiologiques, les ressources médicales sont souvent les seules à offrir une réponse. Selon les auteures féministes, cette réponse est fortement orientée vers l'utilisation de la technologie, peu soucieuse des véritables besoins des femmes, beaucoup plus intéressée à guérir qu'à prévenir, à contrôler qu'à offrir des choix; ; elle est une expression éloquente du pouvoir médical. Il n'y a pas que les théoriciennes qui le disent.

La reproduction sous contrôle

Plusieurs auteures voient dans la recherche et les pratiques médicales actuelles la volonté de contrôle par la technologie du système reproducteur des femmes plutôt qu'un effort dirigé vers le soulagement de leurs souffrances, la satisfaction de leur désir de maternité ou l'exercice de leur autonomie.

Les pratiques font de plus en plus appel à une technologie de pointe et à des interventions violentes et coûteuses dans lesquelles le contrôle des spécialistes de la santé augmente aux dépens de celui des femmes.

La femme machine

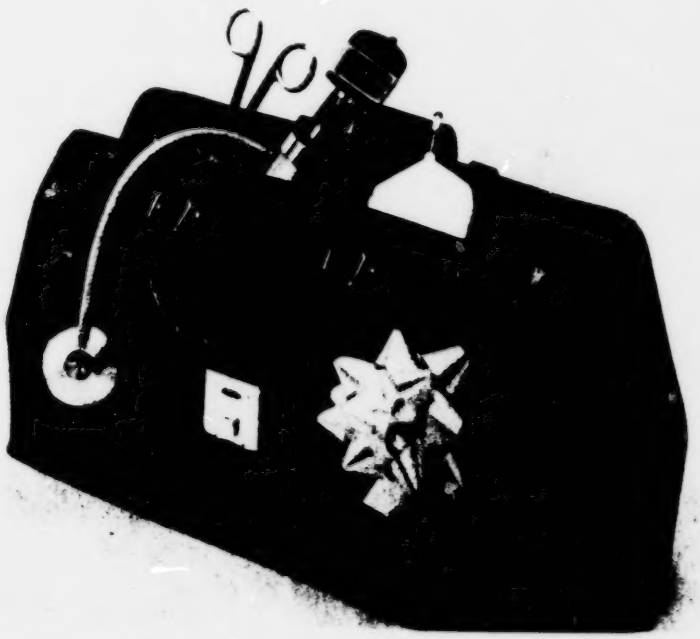
Le processus de reproduction humaine commence à s'inspirer du modèle de production industrielle. Il est fractionné en plusieurs étapes que l'on cherche à contrôler l'une après l'autre à l'intérieur ou à l'extérieur du corps des femmes selon les normes qui permettront d'obtenir les meilleurs résultats possible aux moindres coûts.

La place des femmes dans ce modèle sera progressivement réduite à celle d'une machine reproductrice. On lui assignera telle ou telle place dans la «ligne d'assemblage», certaines femmes étant choisies pour la qualité de leurs ovules, d'autres comme porteuses. Le cas de cette femme morte depuis 61 jours qu'on a maintenue artificiellement en «fonction» pour mener son foetus à terme apparaît à certaines comme l'image symbolique de cette réduction des femmes à l'état de matière.

Santé de la femme et place de l'homme

Devant les problèmes de fertilité, comme devant ceux qui sont reliés à la contraception ou à la stérilisation, les solutions que privilégient la science et la médecine font subir aux femmes la plupart des risques et des inconvénients. Douleurs associées à certains examens, effets secondaires de l'anesthésie générale, fatigue et tension au cours de la longue période d'investigation, risques d'avortements spontanés, angoisse reliée à l'attente des résultats sont autant de réalités que ne mentionnent à peu près jamais les médias et la littérature médicale mais qui n'en sont pas moins lourdement ressenties. De cette recherche de fertilité à deux, les femmes subissent plus que leurs conjoints l'aspect éprouvant, voire néfaste pour leur santé.

Par contre, les techniques qui remettent en cause la place de l'homme dans la reproduction, comme l'insémination artificielle avec donneur, ont reçu un accueil beaucoup plus réservé que celles qui, au contraire, apportent aux hommes la certitude de leur paternité biologique, comme la fécondation in vitro dont la mise en applica-



Marc Lajoie, ministère des Communications Accessoires gracieuseté de Jocmédic Ltée

À la demande d'assistance des couples infertiles, les ressources médicales sont souvent les seules à offrir une réponse.

tion s'est faite beaucoup plus rapidement. ■

Le pouvoir médical, une limite à la liberté de choix

Le développement des nouvelles technologies de la reproduction s'inscrit en parfaite continuité avec l'évolution du pouvoir médical sur la reproduction depuis la création des spécialités de la gynécologie et de l'obstétrique et l'élimination des sages-femmes au siècle dernier.

Avec la centralisation des accouchements dans les hôpitaux, le recours de plus en plus courant à des examens et la tendance à considérer qu'une plus grande proportion d'accouchements présentent des complications, les femmes ont perdu une partie de leur propre pouvoir et de leur autonomie sur la maternité pour devenir plus dépendantes du savoir et de la technologie médicale.

Pour l'instant, les méthodes de reproduction artificielle et de diagnostic prénatal sont en général pratiquées de façon sélective. À moyen ou à long terme cependant, elles pourraient s'appliquer à un nombre croissant de grossesses, passant d'une fonction préventive ou thérapeutique à une fonction de gestion de la reproduction. Certaines interventions acquerraient peu à peu un caractère de nécessité: les couples infertiles et les femmes enceintes pourraient ne plus avoir le choix de ne pas s'y prêter.

Quand la grossesse commence

Les techniques de diagnostic prénatal, les thérapies foetales, les manipulations génétiques obligent à prendre des décisions plus nombreuses et plus complexes qu'auparavant. Lorsqu'une grossesse commence, la question de savoir si elle se poursuivra ne se posera plus dorénavant en fonction de la décision du seul désir d'avoir un enfant, mais en fonction d'avoir cet enfant précis de tel sexe, de tel aspect, de tel génotype.

De tels choix risquent d'être étroitement influencés sinon contrôlés par les médecins. Ce qu'on appelle le «counselling génétique» est présenté comme une nouvelle extension de l'expertise que la profession médicale s'attribue. Là aussi, on entrevoit la possibilité que la liberté de choix des femmes enceintes soit remise en cause ou restreinte. La sélection des embryons pourrait éventuellement être imposée à certains groupes de la population ou même à l'ensemble des femmes enceintes, selon Genoveffa Corea. Il s'agit là d'un secteur de la médecine qui évolue à un rythme accéléré. ■

Claire Dufour

Prévention: ce que la médecine omet de faire

Alors que les sommes d'argent consacrées à la prévention de l'infertilité ou à l'étude de ses causes, à la planification des naissances, à l'amélioration des services en périnatalité et de l'aide offerte à l'ensemble des femmes enceintes sont insuffisantes, des ressources importantes sont consenties au développement de la reproduction artificielle.

La question de la prévention est celle qui suscite le plus de doutes, selon certaines auteures, sur les motifs premiers des défenseurs des nouvelles technologies de la reproduction. Elles soulignent qu'une part des problèmes de fertilité pourrait être prévenue par des mesures visant à améliorer la qualité de l'environnement et à freiner la progression des maladies transmises sexuellement. Les gouvernements et le monde médical accordent très peu d'attention à ces causes, ce qui démontre, selon elles, que l'infertilité n'est pas la principale raison du développement des méthodes de reproduction artificielle.

. . . et ce qu'elle contribue à faire

D'autres auteures relèvent qu'une part des problèmes de fertilité peut aussi être associée à l'usage de certains médicaments ou de contraceptifs oraux dont les professionnels de la santé ont souvent négligé ou minimisé les risques.

Le recours abusif aux césariennes, le manque de précaution dans la pratique des avortements et la pose de stérilet sont identifiés comme autres facteurs d'augmentation des infections pelviennes et d'atteinte au système reproducteur. ■

Le point de vue de celles qui s'y soumettent

Au coeur même de la démarche qui leur permettra peut-être d'enfanter, les femmes sont le mieux placées pour dire comment elles perçoivent la réponse que la médecine apporte à leur problème et quel type de relation s'établit entre elles et leur médecin. Trente-deux femmes ont été invitées à le faire, sur le ton du témoignage plutôt que de l'analyse.

Entre la confiance et la critique

Ces femmes voient dans le traitement médical en clinique de fertilité la seule solution possible.

«Je pense que tout de suite on a commencé à la bonne place. Et puis j'ai toujours senti qu'il n'y avait pas de place où ils pourront faire plus.»

Même quand elles sont très critiques face au système médical, elles estiment que là au moins elles obtiennent une aide.

«Je ne l'ai pas vu comme de l'espoir, mais comme de l'aide. À moi toute seule, je ne suis pas capable. Je me suis dit qu'une aide spirituelle, médicale ou autre, si ça peut m'aider, c'est positif.»

Elles se rendent bien compte qu'elles n'ont pas vraiment le choix. Ou elles abandonnent le projet de grossesse ou elles se rendent à la clinique de fertilité.

«On attend seulement les solutions que les médecins peuvent nous donner. On n'a pas beaucoup le choix. Si c'était notre alimentation, on la changerait. Si c'est une question de repos, je vais me reposer. S'il fallait que je sois alitée, je le ferais. J'attends tout le temps que le médecin arrive avec une solution. Je n'ai pas le choix. Je m'informe. Je lis, mais je n'ai pas plus de solutions qu'eux.»

Certaines font totalement confiance à leur médecin ou à la science médicale en général. C'est particulièrement le cas des femmes en début de traitement ou de celles qui ne peuvent imaginer leur vie sans enfant. On a identifié les causes précises de leur infertilité, à leur grand soulagement, on s'occupe de leur cas, on ne rejette pas sur elles toute la responsabilité.

Le fait de se voir proposer un traitement rassure.

«Il y a une lumière au bout du tunnel... Quand il m'a dit qu'il y avait une solution pour ça, j'étais bien confiante. J'étais contente qu'il me dise qu'avec des pilules, ça va s'arranger... Je suis encouragée parce qu'ils ont trouvé la solution à mon problème.»

> «Je ne l'ai pas vu comme de l'espoir, mais comme de l'aide. À moi toute seule, je ne suis pas capable.»

Une femme en début de traitement va même jusqu'à affirmer qu'«il n'y a pas de problème à leur épreuve». Une autre, depuis plus longtemps en traitement, dit:

«Ils ont toujours trouvé, c'est moi qui me décourage au fond.»

Marc Laplat, ministère des Communications

En situation d'infertilité, vie de couple, vie sociale, vie professionnelle prennent des allures différentes.

Pour une femme qui a tenté l'expérience de la FIV, il ne s'agissait pas tant de s'en remettre aux médecins que de faire confiance à la science médicale et même d'y apporter sa contribution.

«Je me disais, on vit en 1986, pas en 1950. C'est comme si je refusais le téléphone. Tu ne peux pas refuser la science, ce qui avance... J'ai un genre de conscience d'aider à quelque chose, d'apporter quelque chose. C'est important cette dimension-là. J'ai une belle-soeur qui est infertile et ma jeune soeur... Ça a été dur pour moi, peut-être que pour elles ça va être moins compliqué s'il y a des gens qui se prêtent à ces expériences-là.»

Toutes ne sont pas aussi fermement en accord avec ce que leur propose le système médical. Evidemment, quand une femme a déjà eu un enfant à la suite d'un traitement, elle a toutes les raisons d'exprimer sa confiance en la médecine. Mais même dans ce cas-là, elle émet parfois certaines réserves portant principalement sur la lourdeur des traitements proposés et sur les exigences liées à l'ensemble du processus médical.

«Je ne vous encouragerais jamais à aller à la clinique. Je vous informerais, c'est tout... Je n'enverrais même pas ma pire ennemie là... Faut être dure avec son corps.»

Cinq femmes sur trente-deux ont refusé de se soumettre à certains examens ou à certains traitements.

«Ils ont voulu me faire une autre laparoscopie. J'ai dit non, c'est trop dur.»

«À mon avis, c'est une surconsommation de médicaments.»

Trois femmes se sont montrées particulièrement critiques à l'égard des services dispensés ou proposés à la clinique. Elles veulent intervenir dans l'orientation du traitement.

«Moi, je me dis: c'est nous-mêmes le meilleur médecin. On a notre part de responsabilité. Mais c'est toujours eux qui parlent et nous qui écoutons.»

Elles veulent pouvoir contrôler leur propre démarche.

«Je veux mener le jeu comme je l'entends. Il y a des mois où je ne prends plus ma courbe de température... Je te dis: je veux mener le bateau. Deux capitaines à bord, c'est trop.»

On souligne aussi le fait que les cliniques de fertilité n'ont pas le monopole de la connaissance et font trop souvent oublier les limites de leur savoir.

«À mon avis, il faut rester très critique car c'est un centre de recherches.»

Une minorité de ces femmes tient à l'égard du système médical un discours critique qui va plus loin que la dénonciation de certaines pratiques qui les heurtent. Elles souhaitent que se développe la recherche sur les

causes de l'infertilité, notamment sur les maladies transmises sexuellement et sur certaines méthodes contraceptives. Elles voudraient que soit valorisée l'étude des multiples facteurs susceptibles d'affecter la santé et probablement la fertilité: la nutrition, les habitudes de vie, l'état psychologique, etc. Elles aimeraient qu'on s'intéresse aux médecines douces, qu'on démédicalise des techniques simples comme l'insémination avec le sperme du conjoint. Bref, quand on est critique face au système médical, c'est qu'on est en mesure d'en identifier les limites. ■

Le contact qui ne se fait pas

D'après les récits recueillis, le processus d'aide médicale dans une clinique de fertilité reproduit la traditionnelle relation d'inégalité entre les médecins et leurs patientes. Quelques femmes, plus critiques que d'autres, ont formulé des jugements très sévères sur l'attitude qu'on adopte avec elles.

«C'est une relation de dominant à dominé, je ne sens pas qu'il te laisse le libre choix.»

La majorité ont simplement souligné divers aspects de leur expérience en clinique de fertilité, témoins de leur dépendance et de leur soumission à un système de soins où l'on ne tient pas réellement compte de ce qu'elles ressentent, de leurs besoins ou de l'impact qu'aura pour elles telle ou telle orientation du traitement.

Bien sûr, certaines ont eu des rapports très positifs avec leur médecin et ont grandement apprécié les services reçus à la clinique. Cependant, les commentaires positifs se rapportent tous à un médecin ou à une infirmière en particulier qui a su faire preuve d'écoute, d'empathie et de disponibilité. Ils ne se rapportent jamais au climat de la clinique en général. Si l'on accepte le processus lourd et pénible d'assistance médicale, ce n'est certainement pas parce qu'il se déroule dans un contexte agréable et valorisant.

Le caractère impersonnel

Plusieurs femmes se sont senties traitées comme des numéros à leur clinique de fertilité. D'abord parce qu'il est difficile d'avoir une relation continue et personnalisée avec son médecin traitant. Comme disait l'une des informatrices, quand on est «suivie en infertilité, il faut être prête à voir plusieurs médecins». Ceux qui sont rattachés à la clinique se relaient pour les consultations, plusieurs d'entre elles étant d'ailleurs faites par des internes ou des résidents.

«C'est toujours des résidents que tu vois. Des fois, tu peux être plusieurs mois sans voir celui qui te suit vraiment... Quand ils ne te connaissent pas, ils te reposent les mêmes questions.»

Quand on voit son médecin traitant, il est bousculé, pressé et on peut à peine parler avec lui.

«On le voit deux ou trois minutes. Faut que je me dépêche pour parler si j'ai quelque chose à dire.»

Les médecins qui savent assurer une bonne qualité de communication avec leur patiente, malgré des entrevues très brèves, sont donc très estimés. Quelques femmes ont d'ailleurs pris l'habitude de refuser une consultation avec un autre médecin que le leur même si cela occasionne des délais supplémentaires entre les rendez-vous.

«Quand j'y vais, je demande toujours le même médecin, seulement lui. Les autres, je ne veux plus les voir. Je ne les aime pas. Lui, il est délicat.»

«C'est une relation de dominant à dominé, je ne sens pas qu'il te laisse le libre choix.»

Même dans le programme de FIV, où une femme a l'avantage d'être un cas à part, suivie avec énormément d'attention pendant une quinzaine de jours très intenses, elle se plaint du peu de contact avec le médecin.

«Moi ce que je trouve désolant, c'est que les médecins sont tout le temps pressés. Comme le Dr X ce matin, cinq minutes: bonjour, bonjour, c'est moi qui t'opère demain (prélèvement de follicules). Il est reparti tout de suite. Le contact ne se fait pas assez de médecin à femme.»

«C'est jamais pareil. Moi, c'est C qui a mesuré mon utérus. C'est Y qui va aller chercher les follicules. Le replacement, c'est Q ou Z, je ne sais pas trop qui.»

Après le prélèvement des follicules, une informatrice n'a pas réussi à entrer en contact avec son médecin avant plusieurs jours. Elle a appris le résultat négatif de l'intervention par l'infirmière, sans plus de détail, par téléphone. Quand on réalise à quel point cette nouvelle était décevante pour elle et son conjoint, on s'étonne que si peu d'efforts aient été faits pour en parler avec elle.

À l'intérieur de la clinique, c'est finalement avec les infirmières qu'une femme aura des contacts réguliers. Les commentaires positifs à l'égard des infirmières sont beaucoup plus nombreux que ceux à l'égard des médecins.

«Je suis nerveuse en-dedans. Je suis figée sur la chaise puis j'attends. Si lui ne parle pas beaucoup, mes questions je les garde.»

Marc Lajoie, ministère des Communications

Plusieurs femmes se plaignent du manque de communication et d'information entre elles et le personnel de la clinique de fertilité.

L'aménagement de la salle d'attente apparaît aussi à certaines femmes comme une manifestation évidente du peu de considération qu'on leur porte. En effet, elles déplorent être obligées d'attendre de longues heures en compagnie de femmes enceintes ou à proximité de la salle d'accouchement ou de la pouponnière alors qu'elles sont la précisément parce qu'elles souffrent trop de ne pas avoir elles-mêmes d'enfants. Par contre, d'autres femmes n'y voient rien d'indisposant et se font une joie d'apercevoir des nouveau-nés.

Le manque d'information

Certaines femmes ont dit devoir identifier elles-mêmes l'information dont elles ont besoin et qui est parfois difficile à obtenir.

«On ne me demandera pas s'il y a quelque chose que je veux savoir, qui me chicote! Par contre, si je pose une question, on va me répondre, on va le faire gentiment.»

Pour une femme qui n'ose pas s'imposer, le manque d'information devient vraiment problématique.

«Je suis nerveuse en-dedans. Je suis figée sur la chaise puis j'attends. Si lui ne parle pas beaucoup, mes questions je les garde.»

Bien des gestes sont accomplis, bien des prescriptions sont faites sans prendre la peine de mettre les femmes au courant de tout ce dont il s'agit.

«L'autre jour, quand j'ai passé une deuxième biopsie, l'infirmière a dit mon nom. Je m'avance, elle me donne deux comprimés et me dit d'aller prendre ça au lavabo sans me dire ce que c'est. On n'est pas des animaux, on veut savoir ce qu'on prend!»

> «Elles nous parlaient dans le langage qu'on se parle tous les jours, on comprenait beaucoup plus.»

Dans les cas de FIV, les efforts d'information sont nettement plus poussés. On passe parfois beaucoup de temps à expliquer la procédure à une patiente, «mais ils ne te disent pas pourquoi par exemple».

Pourtant, il suffit parfois de peu de chose pour mieux comprendre.

«Il y avait un schéma sur le mur... 1re journée, 2e journée... tu sais, tu peux suivre, c'est intéressant.»

Finalement, plusieurs femmes disent obtenir plus d'information sur la FIV par d'autres femmes ayant déjà subi ce traitement que par le personnel de la clinique.

«Elles nous parlaient dans le langage qu'on se parle tous les jours, on comprenait beaucoup plus.»

Quelques femmes ont non seulement trouvé l'information insuffisante, mais elles ont eu le sentiment qu'on n'avait pas réellement la volonté de leur en donner. Le cas type du médecin qui refuse une explication parce qu'on ne la comprendrait pas, parce qu'elle induirait des effets psychosomatiques ou qu'elle inciterait à faire des autodiagnostics erronés ne serait pas rare.

Accessoires gracieuseté de Jocmédic Litée

Souvent, les femmes ont la nette impression de devoir laisser leurs émotions au vestiaire quand elles se présentent à l'hôpital.

«C'est eux qui mènent et c'est eux qui savent. Nous, on ne sait rien. Mon idée personnelle, c'est que ça ressemble bien plus à de la médecine vétérinaire...»

«J'ai trouvé que l'information qu'il me donnait, c'était plutôt pour que je fasse ce que lui me dit plutôt que de me dire: fais ton choix librement. La liberté, il fallait que ce soit moi qui la prenne.» ■

Laisser ses émotions au vestiaire

Sauf celles qui ont eu la chance de repérer un médecin plus attentif et disponible que les autres, les femmes ont la nette impression qu'elles doivent laisser leurs émotions au vestiaire quand elles se présentent à l'hôpital.

«Dans un hôpital, tu peux avoir tous les soins mais il n'y a pas de soutien psychologique. Ils ne disent pas: est-ce que c'est dur? Au début, je les haïssais.»

Évidemment, le peu d'attention portée à la dimension psychologique de la recherche de fertilité est en partie lié au fait que le médecin voit rarement sa patiente et la connaît donc fort peu.

«De toute façon, on est des numéros. Ils ne peuvent pas se souvenir même s'ils font semblant que oui. Ils en passent trop. Il y a toujours plein de gens.»

Cela est aussi ressenti par les femmes inscrites au programme de fécondation in vitro alors même que ce sont elles qui reçoivent le plus d'attention.

«Ce que je ressentais n'avait aucune importance. Ce qui importait, c'était le résultat...»

Les FIV faites en série (plusieurs femmes suivant en même temps le même processus) favorisent d'ailleurs une dépersonnalisation des contacts entre femmes et médecins. Chacune n'est qu'une parmi d'autres et l'on ne s'intéresse pas tant à chaque cas qu'à un ensemble de cas pour lesquels on vise un certain pourcentage de réussite.

Ce que les femmes aimeraient, c'est pouvoir discuter avec leur médecin de tous les éléments qu'elles prennent elles-mêmes en considération. Celles qui hésitent à accepter certaines interventions ou qui sont ambivalentes quant à leur décision de poursuivre la démarche d'assistance médicale voudraient pouvoir en parler, avoir un avis sur les avantages et les inconvénients des solutions possibles. Or, il semble que la plupart des médecins ne détectent pas ce besoin et se centrent uniquement sur l'objectif de grossesse.

Évidemment, il y a des exceptions. Quelques femmes ont mentionné le nom d'un médecin en particulier qui fait preuve d'une grande compréhension à leur égard.

«J'ai rarement vu un médecin d'une aussi grande sensibilité... Il a eu une relation avec moi comme un psychologue avec un patient et tu développes un attachement.»

«Il y avait autre chose que j'avais demandé au médecin: des groupes de support... T'as l'impression que t'es toute seule. Je le sais que je ne suis pas toute seule... Mais moi, j'ai pas toujours envie de raconter ma vie à tout le monde.»

Une personne-ressource rattachée à la clinique ou à l'hôpital serait la bienvenue.

«...il pourrait y avoir un petit quelque chose, au moins qu'ils essaient de faire un dépistage en posant quelques questions et là, à ce moment-là, ils pourraient te diriger. C'est certain que l'infirmière qui fait le test post-coital, les prises de sang, etc., ne peut pas extrapoler psychologiquement. Mais ils pourraient nous donner les moyens, nous diriger... Si j'avais eu quelqu'un, j'aurais peut-être pu faire le point sur ma culpabilité. Avec toutes les lectures que j'ai faites, je me suis rendu compte que j'en n'avais pas conscience. C'est bête!»

Le manque de délicatesse

En plus de n'apporter aucun soutien psychologique, certains médecins se montrent maladroits.

> «Il m'a dit: prends un billet de loterie, t'as plus de chances que de tomber enceinte. J'ai trouvé ça raide au téléphone.»

«On dirait qu'ils prennent ça comme si c'était la pluie et le beau temps... Je me demande s'ils comprennent l'importance que ça a pour nous. Je me demande s'ils se mettent un peu dans notre peau.»

Quelques femmes ont appris à éviter les consultations avec un médecin indélicat quand c'est possible, mais toutes n'osent pas exprimer ouvertement leurs réticences. Le manque de délicatesse se manifeste aussi dans les contacts physiques, par exemple procéder à des prélèvements sans se soucier de l'anxiété et de la douleur qu'ils provoquent.

Ce que les femmes apprécieraient finalement, c'est que le personnel de la clinique qu'elles fréquentent se montre plus humain. Pour passer à travers une démarche si exigeante, ce n'est pas trop demander. ■

Les pouvoirs à l'oeuvre

Des pouvoirs vieux comme le monde ont vite pris leur place dans le champ nouveau de la reproduction humaine artificielle. Par le jeu des intérêts économiques et politiques, les notions de commerce, de rentabilité, de contrôle social font désormais partie du vocabulaire de l'infertilité et de la planification des naissances.

Les intérêts économiques: une nouvelle industrie de la santé

Les ovules deviennent peu à peu un matériau précieux et recherché. Déjà, alors que les médecins ont tendance à procéder trop facilement à l'ablation d'utérus et d'ovaires sains, la demande d'ovules à des fins de recherche ou encore de reproduction artificielle a permis la création de marchés licites ou illicites et occasionné le recours à des procédés abusifs pour prélever ces ovules sans le consentement pleinement éclairé des femmes; de telles situations ont été signalées dès la formation des premières équipes de recherche sur la FIV en Angleterre et aux États-Unis.

À plus long terme, la croissance de ces industries ferait en sorte qu'on considère le corps des femmes comme une «ressource naturelle» parmi d'autres à exploiter et à gérer.

Le commerce des embryons

La commercialisation des embryons d'animaux est chose faite depuis de nombreuses années. Celle des embryons humains et des tissus foetaux a commencé dans les années soixante-dix; les auteures considèrent que des objectifs de production maximale au moindre coût vont, là aussi, orienter les développements dans ce domaine. Elles prévoient enfin que le recours à la stérilisation, déjà à la hausse et objet de fréquents abus, sera davantage favorisé, chez de plus en plus de femmes jeunes, par la disponibilité d'embryons et la technique du transfert d'embryons; par exemple, chez les travailleuses qui ont un environnement de travail toxique ou dangereux, la stérilisation pourra plus facilement constituer une exigence d'accès à l'emploi.

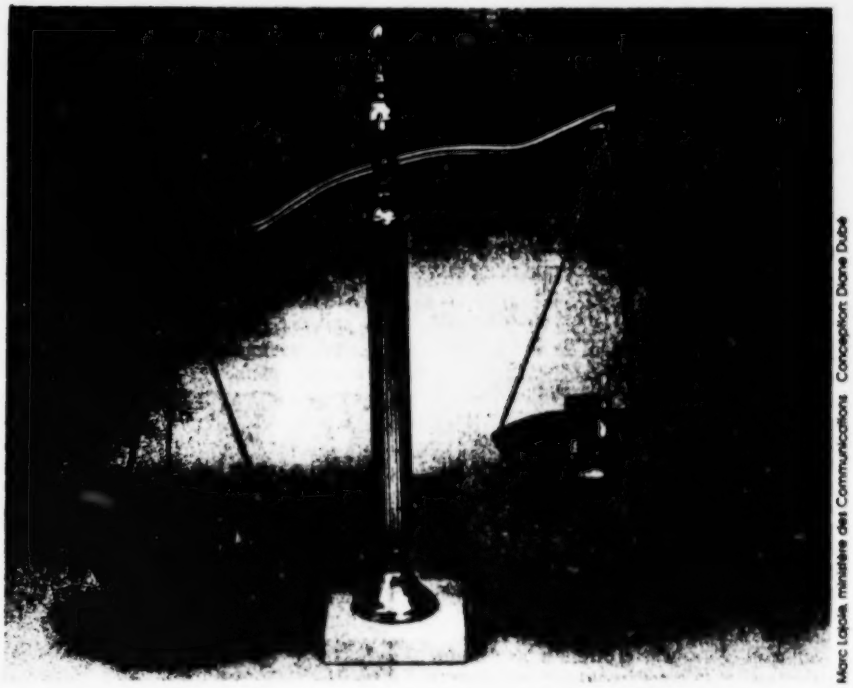
La rémunération des dons d'ovules et de sperme

On a tenté d'établir des parallèles entre le don de sperme et celui d'ovules afin de déterminer s'ils peuvent faire l'objet de rémunération. Certaines auteures avancent que, dans le cas du don d'ovules, le procédé est douloureux, comporte des risques pour la santé et est plus exigeant, ce qui lui confère une valeur plus grande. Elles se demandent, par ailleurs, si la rémunération de ces dons n'ouvre pas la porte à l'exploitation des femmes dans le besoin.

Les mères porteuses

Le recours aux mères porteuses est un autre aspect du commerce qui s'élabore autour du processus de reproduction: agences et méthodes de recrutement, contrats, échelles de rémunération. Certaines auteures croient que les femmes de milieux défavorisés seront recrutées en plus forte proportion pour ce type de «travail» alors que les couples des classes moyenne et aisée se trouveront davantage parmi les demandeurs.

On rapporte que des promoteurs américains ont même envisagé d'établir des réseaux internationaux par lesquels les femmes des pays pauvres seraient recrutées à moindre prix comme mères porteuses, ce qui deviendrait extrêmement profitable pour eux et pour les couples des pays riches.



Marc Laforia, ministère des Communications Conception Diane Dubé

Des ressources importantes sont consenties au développement des technologies de la reproduction alors que les sommes d'argent consacrées à la prévention de l'infertilité ou à l'étude de ses causes, à l'amélioration des services en périnatalité et de l'aide offerte à l'ensemble des femmes enceintes sont insuffisantes.

Rentabilité du diagnostic prénatal

Dans le développement du diagnostic prénatal, l'argument économique peut peser assez lourd aux yeux des gouvernements. En permettant de corriger une anomalie génétique ou le plus souvent d'avorter un foetus porteur d'anomalie, le diagnostic prénatal épargne à la société le coût des soins parfois très onéreux que requièrent les personnes handicapées physiquement ou mentalement. Des calculs de rapport coûts-bénéfices sont effectués dans certaines situations pour déterminer s'il y a lieu de mettre en oeuvre des programmes systématiques de dépistage. ■

Les intérêts politiques: les NTR au service des gouvernements

Plusieurs auteures féministes croient que des valeurs non médicales sont susceptibles d'intervenir dans la pratique des nouvelles technologies de la reproduction. Ainsi, dans la décision de procéder à une intervention, les femmes de milieux aisés, de race blanche, qui ont un statut familial «normal», qui appartiennent à la religion, à la nationalité ou à l'orientation sexuelle de la majorité, n'auraient pas le même sort que celles des groupes marginaux ou démunis.

Si la pratique des NTR est encadrée par des lois, règlements ou codes de déontologie, des intérêts politiques joueront inévitablement aussi dans leur élaboration; le moyen d'avoir un contrôle plus grand sur la démographie d'un pays par le biais des NTR sera notamment considéré avec beaucoup d'intérêt par les gouvernements, que ce soit dans une perspective nationaliste ou dans une optique de ralentissement de la croissance démographique. Les textes consultés mentionnent que plusieurs pays déjà recourent à des lois sur l'avortement, la stérilisation et la contraception, ou encore à des pénalités et incitations diverses pour tenter d'influencer la croissance de la population. Les États pourraient agir de la même façon pour «améliorer le bagage génétique de la nation».

Les intérêts de la science

Les femmes pauvres et les femmes de couleur ont servi de cobayes plus souvent qu'à leur tour dans la mise au point de contraceptifs nouveaux. Dans le cas des NTR, on soupçonne le même phénomène, bien que ces techniques soient davantage destinées à bénéficier à des catégories de femmes plus aisées. Presque aucun gouvernement n'a adopté de politique ou de législation concernant ce genre de recherche. Dans certains pays comme l'Angleterre et l'Australie, le climat politique est favorable au développement des NTR; aux États-Unis par contre, les chercheurs travaillent plus discrètement pour éviter d'alerter l'opinon publique. Le droit des scientifiques de faire progresser les connaissances dans le sens où ils l'entendent, sans entrave ou sans considération des conséquences sociales de leurs travaux, est remis en cause par plusieurs textes féministes qui soulignent de plus que ces scientifiques sont a peu près tous des hommes. ■

Agence Diffusion

En Inde, l'avortement systématique des foetus de sexe féminin a déjà affecté sensiblement l'équilibre démographique.

Claire Dufour

Les enjeux des NTR: à surveiller de très près

Un enjeu, c'est ce que l'on gagne... ou ce que l'on perd. Certaines diront, à l'égard de la reproduction artificielle, qu'elle constitue un moyen de libérer enfin les femmes d'une fonction biologique encombrante. D'autres prétendront qu'il faut au contraire maintenir et revendiquer le contrôle sur une fonction qui appartient en propre aux femmes. Ces deux courants de pensée, bien qu'évoqués ici rapidement et sans nuance, permettent tout de même de mieux situer l'analyse d'une question nouvelle. L'infertilité et le désir d'enfant seront évalués différemment selon que l'on se réclame de l'un ou l'autre courant. Le phénomène des mères porteuses n'aura pas tout à fait le même sens. Les avantages et les inconvénients des NTR n'auront pas le même poids non plus. Mais au-delà des divergences ou des accords, il faut voir dans les enjeux identifiés par les auteures féministes une invitation pressante à surveiller de très près ce qui se passe dans ce domaine en constante et rapide évolution et à réclamer non seulement des solutions beaucoup plus douces, mais aussi un droit de regard sur leur élaboration.

Agence Diffusion

Pressions sur le droit à l'avortement

La liberté de choix que les femmes devraient pouvoir exercer à l'égard de l'avortement prend des dimensions nouvelles. Dans les cas où une anomalie est révélée par diagnostic prénatal et qu'une femme envisagerait de poursuivre sa grossesse, la société pourrait se décharger sur elle de la responsabilité du handicap, ce qui introduit une pression importante sur sa décision. Par contre, le recours à l'avortement sélectif des foetus anormaux est remis en cause. Les militantes handicapées voudraient qu'on parvienne à articuler la lutte des femmes pour le droit à l'avortement et celle des personnes handicapées pour la reconnaissance de leurs droits. Quelques-unes se prononcent quand même en faveur de l'accès au diagnostic prénatal, mais elles exigent cependant une meilleure information et une meilleure assistance aux femmes placées devant la décision d'avorter ou de prendre en charge un enfant handicapé. Elles croient qu'une information exempte de préjugés au sujet des personnes handicapées est propre à atténuer certaines peurs dues à l'ignorance. Mais cette position est loin de faire l'unanimité.

Atteinte à l'intégrité physique

La multiplication des moyens diagnostiques et thérapeutiques est susceptible, selon plusieurs auteures, de conduire à des violations de plus en plus fréquentes de l'intégrité physique des femmes enceintes. Leurs propres droits, dont celui de refuser un examen ou une intervention médicale, risquent d'être mis en opposition avec ceux du foetus, dans la mesure où on considère ce dernier comme un être distinct et non pas comme partie intégrante du corps de la mère.

La fonction de reproduction menacée

Le recours à la reproduction artificielle, devenant moins onéreux, servira-t-il d'argument en faveur de la stérilisation des femmes, même très jeunes, que ce soit comme alternative radicale à la contraception, comme moyen d'accéder à des emplois en milieux industriels dangereux, ou comme façon de contrôler les coûts attachés à la fécondité de certaines catégories de la population (assistées sociales, handicapées physiques ou mentales, minorités ethniques). La possibilité d'un recours massif à la stérilisation a été évoquée dans certains textes.

La maternité morcelée

La reproduction humaine est en profonde transformation. Avec l'avènement de nouvelles technologies, la maternité est conçue comme une suite de fonctions distinctes (mère génétique, mère utérine, mère sociale) que la médecine a tenté de contrôler les unes après les autres pour corriger les lacunes de la «machine humaine» et dont on cherche à retirer les meilleurs résultats à moindre coût. Cela aurait pour conséquence de réduire le pouvoir de la mère et l'importance du lien mère-enfant. L'enfant jouerait, dans l'ensemble du processus, le rôle de «produit», d'objet de consommation programmé, normalisé et assemblé sur mesure, n'ayant que des liens quelconques avec une ou plusieurs mères.

Une commercialisation inquiétante

L'aspect commercial de la reproduction (vente d'ovules, vente d'embryons, location d'utérus) peut, selon certaines auteures, donner lieu à des abus, en particulier à l'égard des femmes plus démunies. Elles signalent par exemple que les mères porteuses font souvent l'object de contrôles excessifs, sont relativement peu payées, sont mal protégées.

Bref, elles constatent que leurs «conditions de travail» sont inacceptables mais que bien des femmes en situation difficile seront amenées à les accepter comme elles acceptent forcément d'autres emplois sous-payés. D'autres auteures y voient une atteinte à la dignité qui va au-delà de l'exploitation rencontrée sur le marché du travail. Elles prévoient que ce commerce évoluera de façon semblable à la prostitution sexuelle, incluant l'apparition d'un trafic international d'embryons, de femmes et d'enfants à partir des pays du Tiers-Monde.

Le pouvoir masculin sur la reproduction

Certaines voient dans le développement des technologies de la reproduction artificielle l'ambition masculine de percer le mystère de l'utérus pour ensuite surpasser le mécanisme imparfait de la reproduction naturelle. Déjà les spécialistes de la fécondation in vitro s'attribuent une part de paternité dans les naissances qui en résultent. Les plus pessimistes croient qu'à partir du moment où la reproduction artificielle complète sera possible, la société n'accorderait plus aux femmes aucune autre valeur que celle d'objets sexuels et qu'elles pourraient bien, à la limite, être tout à fait éliminées.

De telles projections peuvent sembler bien éloignées de la réalité actuelle. Il n'est cependant pas nécessaire de regarder aussi loin pour voir une menace à la survie des femmes puisque les méthodes de sélection et de prédétermination du sexe sont déjà susceptibles, selon d'autres auteures, de provoquer une diminution importante du nombre de femmes et de créer pour elles des conditions de vie bien peu encourageantes.

En Inde, l'avortement systématique des foetus de sexe féminin est pratiqué sur une large échelle et a déjà affecté sensiblement l'équilibre démographique. Certaines auteures parlent de «gynocide». ■

D'autres voies à explorer

Devant l'importance des enjeux que représente le développement des nouvelles technologies de la reproduction, les auteures féministes suggèrent d'autres voies à explorer:

- un intérêt prioritaire à la recherche sur les causes de l'infertilité;
- la recherche et le développement de méthodes contraceptives moins nocives, efficaces, réversibles et peu coûteuses;
- des politiques sociales à l'égard de la reproduction redonnant aux femmes le contrôle sur cet aspect de leur vie et l'exercice du libre choix face aux divers types de services en reproduction;
- la promotion de grossesses saines et de naissances dans de meilleures conditions, le paiement de congés de maternité et une aide aux parents et à ceux et celles qui donnent des soins aux enfants;
- la reconnaissance de l'avortement comme un service offert aux femmes à leur demande et non sous la pression d'autres personnes;
- le retrait de tout appui aux recherches encourageant ou permettant le choix de bébés mâles;
- l'examen et le changement des attitudes dans les rapports avec les enfants.

Les auteures revendiquent le droit à une information non biaisée sur les NTR, le respect de l'intégrité physique des femmes et le maintien du droit d'utiliser leur propre potentiel génétique. Certaines considèrent enfin qu'il faut identifier des champs de recherche prioritaires dans le sens d'une véritable prise en compte des intérêts des femmes. ■

Les NTR font couler de l'encre

Gens de sciences, philosophes, feministes, journalistes ont exprimé publiquement leurs points de vue, leurs convictions, leur analyse sur différents aspects des nouvelles technologies de la reproduction. Voici quelques suggestions de lecture:

La reproduction humaine industrialisée, Jacques Dufresne, Québec, Editions Diagnostic, Institut québécois de recherche sur la culture, 1986, 125 p.

The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs, Genoveffa Korea, New York, Harper and Row, 1985, 374 p.

Maternité en mouvement — Les femmes, la reproduction et les Hommes de science, ouvrage collectif sous la direction d'Anne-Marie Vilaine, Laurence Gavarini et Michelle le Coadic, Grenoble, Presses universitaires, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, 244 p.

Test-Tube Women: What Future for Motherhood, Rita Ardetti, Renate Duelli Klein et Shelley Minden, Boston, Pandora Press, 1984, 482 p.

Des motifs d'espérer? La procréation artificielle, grandes entrevues réalisées par Emmanuel Hirsh, Paris, Les Éditions du Cerf, 1986, 159 p.

L'un est l'autre: des relations entre hommes et femmes, Élisabeth Badinter, Paris, Éditions Odile Jacob, 1986, 361 p.

De l'éprouvette au bébé spectacle, Jacques Testart, Bruxelles, Éditions Complexe, 1984, 126 p.

L'Oeuf transparent, Jacques Testart, Paris, Flammarion, 1986, 203 p.

L'enfant à tout prix — Essai sur la médicalisation du lien de filiation, Geneviève Delaisi de Parceval, Paris, Éditions du Seuil, 1983, 282 p.

L'enfant derrière la vitre, Dominique Grange, Paris, Encre, 1985, 234 p.

Les enfants de la science, Robert Clarke, Paris, Stock, 1984, 275 p.

Un acte d'amour — Nous avons fait porter notre enfant, Guy et Monique Libaudière, Paris, Éditions de la Table Ronde, 1984, 319 p.

L'insémination artificielle humaine: un nouveau mode de filiation, Didier David et al, Paris, Éditions ESF, 1984, 151 p.

L'insémination artificielle thérapeutique: aspects cliniques, psychologiques, juridiques, éthiques et philosophiques, Jacques-E. Rioux et al, Québec, Presses de l'Université Laval, 1983, 217 p.

La rage de donner la vie, Dr Roland Dajoux, Paris, Encre, 1985, 228 p.

Fertilisation en laboratoire d'ici à l'an 2000, Simon C. Davis, coordonnateur, Marcel Melançon, Ronald Hamel, David J. Roy, collaborateurs, Montréal, Les Éditions Bellarmin, 1981, 114 p.

Actes du colloque «Génétique, procréation et droit», Paris, Actes Sud, 1985, 569 p.

Droit et Science, Monique Ouellet, Montréal, Les Éditions Thémis, 1986, 176 p.

Du contrôle de la fécondité au contrôle des femmes, Fédération du Québec pour le planning des naissances, Montréal, 1986, 7 p.

Moral Dilemnas in Modern Medicine, Michael Lockwood éditeur, Oxford, Oxford University Press, 1985, 259 p.

The Technological Woman: Interfacing With Tomorrow, Jan Zimmerman, New York, Praeger, 1983, 296 p.

The Tentative Pregnancy: Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood, Barbara Katz Rothman, New York, Viking Penguin Inc., 1986, 274 p.

Test-Tube Babies. A Guide to Moral Questions, Present Techniques and Future Possibilities, edited by Williams A.W. Walters and Peter Singer, Melbourne, Oxford University Press, 1984, 165 p.

Unique au Québec:

Le Centre de documentation
du Conseil du
statut de la femme

**là où tout ce qui s'écrit
sur les femmes
pour les femmes
par les femmes**

occupe tous les rayons,
remplit tous les classeurs.

La collection du Centre comprend environ 6000 livres et documents, 400 revues, périodiques et bulletins, des dossiers documentaires et des dossiers de presse portant entre autres sur les nouvelles technologies de la reproduction.

Le Centre de documentation met à la disposition du grand public un personnel spécialisé, un fonds documentaire complet et à jour et un service de consultation sur place (sans interruption à l'heure du midi). Pour tout renseignement:

Conseil du statut de la femme
Centre de documentation
8, rue Cook, 3e étage
Québec (Québec)
G1R 5J7
Tél.: 1-418-643-4326
1-800-463-2851

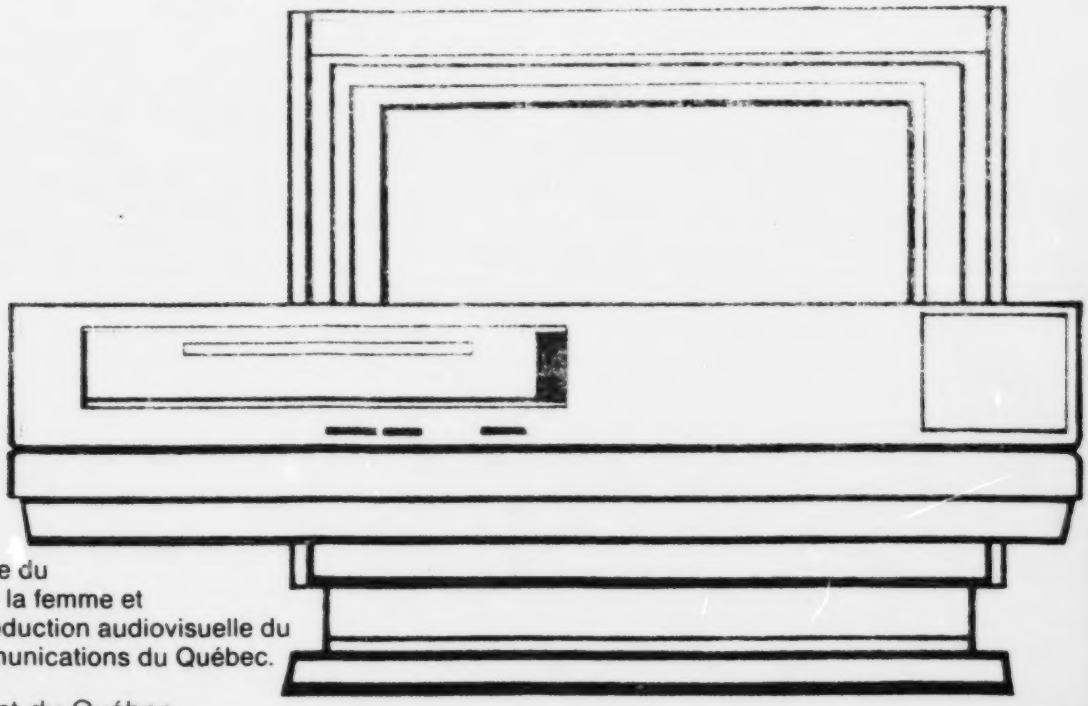
Gouvernement du Québec
Conseil du statut
de la femme

Une vidéo sur les NTR

Des points de vue, des témoignages, des faits, une production audiovisuelle qui tente de cerner la problématique reliée aux nouvelles technologies de la reproduction humaine et aux enjeux qu'elles représentent pour les femmes.

La vidéo sur les NTR,
c'est un outil d'information,
un moyen d'animation,
un déclencheur de discussion.

On peut l'emprunter sans frais, à:
Cinémathèque
Ministère des Communications du Québec
Service de la distribution des documents audiovisuels
1601, boul. Hamel Ouest
Québec (Québec)
G1N 3Y7 Tél.: (418) 643-5168



Production conjointe du
Conseil du statut de la femme et
du Service de la production audiovisuelle du
Ministère des Communications du Québec.

Gouvernement du Québec
Conseil du statut de la femme